



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Mestrado em Psicologia

JOSIANE VASCONCELOS RODRIGUES

***A SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS QUE
TRABALHAM NOS SERVIÇOS DE ONCOLOGIA DE
UM HOSPITAL DA CIDADE DE FORTALEZA:
um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho***

**FORTALEZA
2007**

JOSIANE VASCONCELOS RODRIGUES

***A SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS QUE
TRABALHAM NOS SERVIÇOS DE ONCOLOGIA DE
UM HOSPITAL DA CIDADE DE FORTALEZA:
um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho***

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia do Centro de Ciências Humanas da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Ambiente, trabalho e cultura nas organizações sociais

Orientador: Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins

**FORTALEZA
2007**



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Mestrado em Psicologia

Dissertação intitulada: “*A Síndrome de Burnout em médicos que trabalham nos serviços de oncologia de um hospital da cidade de Fortaleza: um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho*”, de autoria da mestranda Josiane Vasconcelos Rodrigues, aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores.

Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins – UNIFOR – Orientador

Prof. Dr. Paulo César de Almeida. –
Universidade Estadual do Ceará- UECE

Prof. Dr.a Tereza Gláucia Rocha Matos–
Universidade de Fortaleza- UNIFOR

Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro
Coordenador do Curso de Mestrado em Psicologia – UNIFOR

Fortaleza, de Outubro de 2007

R696s Rodrigues, Josiane Vasconcelos.

A síndrome de Burnout em médicos que trabalham nos serviços de oncologia de um hospital da cidade de Fortaleza : um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho / Josiane Vasconcelos Rodrigues. - 2007.
125 f.

Cópia de computador.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2007.
“Orientação : Prof. Dr. José Clerton de Oliveira Martins.”

1.Trabalho – Aspectos psicológicos. 2. Síndrome de Burnout. 3. Oncologia.
4. Stress – Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.9:331.1

As pessoas especiais de minha vida que me ensinaram a arte de amar, respeitar e concretizar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus,

A minha família, pelo eterno amor e presença amiga.

Ao prof. Dr Clerton Martins pelo apoio, compreensão, respeito e paciência que sempre fizeram parte de sua conduta nas orientações deste trabalho;

A Funcap pelo apoio e incentivo ao meu sonho de aprendiz a pesquisadora

Aos professores, Paulo César de Almeida, Tereza Gláucia Rocha Matos e Raquel Rigotto pelo carinho com que aceitaram fazer parte da tessitura desta dissertação. Muito obrigado pelas contribuições.

Ao Hospital do Câncer pela confiança e disponibilidade para realização da pesquisa.

A todos os participantes da pesquisa.

Ao Joãozinho, Pety e Eunice que durante este período foram meus salvadores: das emergências e imprevistos; que sem esse apoio eu não estaria aqui

A Josilane, minha irmã-amiga e eterna “orientadora”

A Taciana, secretaria do mestrado de Psicologia, pela disponibilidade e atenção; além de ser um exemplo de memória- ela não esquece nada!!!

A todos que me apoiaram neste momento,

Sonhar é acordar-se para dentro
Mario Quintana

RESUMO

A Síndrome de *Burnout* é um processo que ocorre em resposta à cronificação emocional do estresse laboral, podendo ser desenvolvido em todos os tipos de profissionais, por ser considerada uma experiência específica do contexto do trabalho. O objetivo dessa pesquisa é estudar a prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos que atuem na área de oncologia de um hospital na cidade de Fortaleza. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, com a utilização do Inventário Maslach Burnout (MBI), questionário de perfil sócio-demográfico, diário de campo e entrevista semi-estruturada. A organização e tratamento dos dados foram executados pelo programa estatístico SPSS e a categorização da análise do discurso. A amostra foi de 50 médicos, sendo 68% do sexo masculino, com idade de 26 a 60 anos, e 78% casados. A maioria dos médicos(74%) tem o título de especialista e exercem a sua profissão em hospital público e consultório particular(86%). Os resultados do Maslach Burnout Inventory (MBI) apresentaram uma distribuição equilibrada entre Exaustão Emocional(EE) e Despersonalização(D) nos níveis alto, médio e baixo, sendo no nível médio 36% com exaustão emocional e 40% com despersonalização. Mas no quesito Baixa Realização Pessoal(RP) houve uma ênfase no nível médio(56%). Esses dados apresentam um grau médio da síndrome de Burnout nos médicos que trabalham em serviços de oncologia, ou seja, apresenta-se um processo de instalação da síndrome em 32 % dos profissionais. Outro aspecto apresentado na pesquisa foi o desconhecimento da existência desta síndrome pela população pesquisada. Fato este que levantou algumas reflexões sobre a relevância dos cuidados com a saúde mental, o que não se observa com os cuidados relacionados à saúde física, 66% da amostra praticam uma atividade física.

Palavras chaves: Síndrome de *burnout*, médicos, Maslach Burnout Inventory.

ABSTRACT

Burnout is a process that occurs in reply to the chronic stress it labor, being able to be developed in all the types of professionals, for being considered a specific experience of the context of the work. This research intends to approach syndrome of burnout in the medical reality, having as intention to investigate the dimensions emotional exhaustion, depersonalization and low professional accomplishment. Our objective is to study the prevalence of the syndrome of Burnout in doctors who act in the area of oncology of a hospital of the city of Fortaleza, being searched to identify that partner-demographic factors could be related to the manifestation of this syndrome. One is about a quantitative and qualitative research, with the use of the instruments: Inventory Maslach Burnout (MBI), questionnaire of partner-demographic, daily profile of field and half-structuralized interviews. The organization and treatment of the data had been executed by statistical program SPSS and the categorize of the analysis of the speech. The searched population was composed for 50 doctors and characterized itself, for the predominance of the masculine sex (68%), with age group between 26 and 35 years (44%) married (78%) and with children (66%). The results gotten in Maslach Burnout Inventory (MBI) had indicated average degree for dimension Emotional Exhaustion (36%), medium for Depersonalization (40%) and medium for low Professional Accomplishment (56%), that for some authors, it represents the initial phase of the syndrome

Key words: .Burnout syndrome, doctors, Maslach Burnout Inventory

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 – Escala do MBI | 75 |
| TABELA 2 – Exaustão emocional e faixa etária | 83 |
| TABELA 3 – Exaustão emocional e tempo de formação | 84 |
| TABELA 4 – Exaustão emocional e sexo | 86 |
| TABELA 5 – Despersonalização e sexo | 87 |
| TABELA 6 – Despersonalização e sexo Exaustão emocional e carga horária | 88 |
| TABELA 7 – Despersonalização e faixa etária | 96 |
| TABELA 7 – Tempo de formado e despersonalização | 97 |
| TABELA 8 – Despersonalização e qualidade vida | 97 |
| TABELA 9 - Tempo de formado e Baixa realização profissional..... | |

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1 – Resumo esquemático dos facilitadores e/ou desencadeantes do <i>Burnout</i> | 45 |
| QUADRO 2 – Sintomatologia de <i>Burnout</i> segundo Benevides-Pereira | 39 |
| GRÁFICO 1 – Tempo de trabalho e plantão | 71 |
| GRÁFICO 2 – Síndrome de <i>Burnout</i> | 73 |
| GRÁFICO 3 – Exaustão Emocional | 74 |
| GRÁFICO 4 – Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço | 76 |
| GRÁFICO 5 – Despersonalização | 85 |
| GRÁFICO 6 – Baixa Realização profissional | 90 |
| GRÁFICO 7 – “Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão” | 92 |
| GRÁFICO 8 – “Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes” | 93 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 TRABALHO E SEU PROCESSO DE ADOECIMENTO - UM OLHAR NO SOFRIMENTO PSÍQUICO | 23 |
| 3 A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> | 34 |
| 4 O PROFISSIONAL MÉDICO E SEU ADOECIMENTO NO TRABALHO | 42 |
| 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 58 |
| 5.1 Aspectos legais da pesquisa | 60 |
| 5.2 Caracterizando o local da pesquisa: O hospital | 61 |
| 5.3 A amostra | 63 |
| 5.4 Procedimento para a coleta dos dados | 63 |
| 5.4.1 <i>Descrição da análise quantitativa</i> | 66 |
| 5.4.2 <i>Descrição da análise qualitativa</i> | 67 |
| 6 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS | 73 |
| 6.1 Caracterização da amostra da pesquisa | 74 |
| 6.1.1 <i>As características sócio-demográficas</i> | 74 |
| 6.2 Para analisarmos a síndrome de <i>Burnout</i> | 77 |
| 6.3 O Inventário Maslach Bunout (MBI) | 79 |
| 6.3.1 <i>Exaustão Emocional (EE)</i> | 79 |
| 6.3.1.1 <u><i>A Exaustão Emocional e suas interações</i></u> | 84 |
| 6.3.2 <i>Despersonalização</i> | 92 |

| | |
|---|-----|
| <u>6.3.2.1 A Despersonalização e suas interações</u> | 98 |
| 6.3.3 Baixa Realização Profissional | 100 |
| <u>6.3.3.1 A Baixa Realização Profissional e suas interações</u> | 106 |
| 6.4 Lidando com a Síndrome de <i>Burnout</i> | 107 |
| | |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 110 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 113 |
| | |
| ANEXOS | 119 |
| | |
| APÊNDICES | 125 |

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* é um processo de adoecimento que ocorre em resposta à cronificação emocional do estresse laboral, se manifestando pela junção de três sintomas: a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização pessoal.

Segundo Tamayo e Tróccoli(2002), a experiência do “*Burnout* pode ser comum em muitos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento freqüente e intenso com pessoas que necessitam de cuidados e/ou assistências.

Meleiro (1998) considera que a profissão médica está entre as profissões com maiores índices de suicídio, e esses índices elevados estão relacionados com a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por muitos aspirantes a carreira médica e a crescente ansiedade pelo temor em falhar.

Remen (1993) comenta que parte da fadiga do profissional de saúde pode ser atribuída à árdua natureza de seu trabalho e à necessidade de negar constantemente as emoções para adquirir a objetividade necessária. Considerando que a repressão das emoções é um dos principais provocadores do esgotamento psicológico.

Alguns estudos mostram as conseqüências dessa atuação profissional sem sentir e sem sentido, que é a intercessão das manifestações de adoecimentos físicos e psico-emocionais. Martins (1989), demonstra como o índice de suicídio é elevado entre os profissionais de saúde, 34,7% de todas as mortes prematuras. Hoje esses dados são corroborados por pesquisas que apontam para o índice de suicídio entre médicos(Blachly, Disher & Roduner, 1968; Rich & Pitts, 1980; Richings, Khara & McDowell, 1986; Vega & Urdaniz, 1997).

Dentre as áreas de atuação da medicina, enfocamos a oncologia que traz no seu bojo o peso do preconceito da morte, pois é recorrente no imaginário das pessoas a relação do diagnóstico de câncer com a certeza da morte.

O sofrimento psíquico e adoecimento dos médicos que trabalham em oncologia podem ser destacados pela presença da síndrome de *Burnout*. Considerando que esses profissionais vivenciam diversas situações de profundo estresse no exercício do seu trabalho, como foi salientado pelos pesquisadores-médicos Buckman e Frankel (1984) que frisaram o quanto pode ser desgastante para o médico o momento do diagnóstico de câncer. A pesquisa realizada por Ramirez, Graham e Richards (1995) com 882 médicos oncologistas, descobriu que entre 25% e 33% dos médicos mostraram altos níveis de exaustão emocional; sendo que 20% a 25% possuem altos níveis de despersonalização. Apontam ainda, a presença de baixos níveis de realização pessoal na profissão entre 33% a 50% dos médicos. Nessa pesquisa, 25% da amostra obteve pontuação com possibilidade real de casos de desordem de humor. Esses dados confirmam a importância de maior atenção à saúde mental desses profissionais.

Segundo Nogueira-Martins¹ (2004) os dados disponíveis sobre a saúde do médico têm indicado que certos hábitos nocivos à saúde – tabagismo e sedentarismo – estão em declínio. No entanto, o mesmo não se observa nos cuidados com a saúde mental desses profissionais, visto que apresentam uma alta prevalência de suicídios, depressão, uso de substâncias psicoativas, estresse, *Burnout* e disfunções profissionais.

¹ professor adjunto da disciplina de Psicologia Médica e Psiquiatria Social do Depto. de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo

A bibliografia especializada mostra o problema do esgotamento físico e emocional em indivíduos que atuam na saúde, examinando as características que marcam as diferenças de gênero, processos geradores do esgotamento, bem como os entrelaçamentos das experiências do cotidiano (Lautert, 1995; Benevides-Pereira, 2002; Mendes, 2003).

A familiarização da equipe de saúde com a dor e o sofrimento acaba criando o anestesiamiento dos sentidos, com ênfase no fazer, executar e atender ao paciente. A banalização do olhar sobre o que é expresso pelo corpo adoecido e sua fala, desconsiderando o que pode realmente estar sendo apresentado e pedido, é uma forma de incompreensão ou negação de possibilidades curativas desses profissionais de saúde.

A importância dessas questões também são voltadas à relação médico-paciente que começou a ser enfocada de forma especial a partir desta segunda metade do século XX, quando a Medicina passou a repensar sobre sua ação, e dentre as suas vertentes principais, considerou-se a relação médico-paciente como norte para a obtenção de maior qualidade na saúde. Hoje não é mais suficiente buscar somente a eficiência dos serviços de saúde, e sim considerar o respeito dos valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia (Spinsanti, 1999).S

Parsons (1951), Balint (1988), Donabedian (1990), Jaspers (1991), Caprara e Franco (1999), expressam a necessidade de humanização da Medicina, em particular da relação entre profissionais de saúde e pacientes, reconhecendo a importância de maior sensibilidade diante do sofrimento que a doença provoca. Essa proposta aspira ao nascimento de uma nova imagem profissional, que seja responsável pela efetiva promoção da saúde ao considerar o paciente em sua

integridade física, psíquica e social e não somente de um ponto de vista biológico. (Caprara e Franco1999).

Essas questões relacionadas ao sofrimento do profissional de saúde podem ser simbolizadas através do mito de Quiron,²o arquétipo do médico ferido. O médico que expressa a sua “ferida-dor” pelo adoecimento emocional e físico. Assim, pretendemos abordar a síndrome de *Burnout* como uma manifestação do adoecer do homem em sua relação com o trabalho médico e a possível dificuldade em reconhecer sua dor, que pode estar relacionada a um aspecto presente no exercício diário de situações que podem gerar profunda tensão e frustração, como dar o diagnóstico de câncer, o seu tratamento nas diversas etapas, e a possibilidade de morte do paciente.

O interesse pessoal sobre esse tema se fundamentou numa etapa de minha experiência profissional, como psicóloga, que estava iniciando a Especialização em Psico-Oncologia, área que trabalha a interseção entre a Psicologia e a Oncologia, com enfoque nos aspectos psicológicos do adoecer de câncer. A Psico-oncologia tem intervenções que se estendem do nível primário em saúde, referente à promoção da saúde, seguindo até o nível quaternário na saúde, compreendido como a fase denominada de cuidados paliativos e terminal do paciente.

Durante essa formação tive a oportunidade de entrar em contato com o pensamento do psicólogo LeShan (1992), pesquisador da temática “pacientes oncológicos”, que observava o quão difícil poderia ser a qualidade de vida do

² ² O centauro Quiron, um imortal metade homem e metade animal, é ferido acidentalmente pelo amigo. A ferida nunca cicatriza, levando-o ao desejo de morrer para se libertar desse sofrimento. Esse mito é associado ao papel do médico que com o propósito de cuidar da ferida do outro, no caso o paciente e seu adoecer, pode estar se expondo para “ser ferido” por esta situação.

profissional de saúde em oncologia, pois o adoecer de câncer pode ser único na vida daquele paciente e de seus familiares, o que para o profissional, que está trabalhando na oncologia, é uma constante. O exercício dessa profissão era a escolha por um estilo de vida que poderia levar ao sofrimento psíquico e seu adoecimento.

A observação deste autor me intrigou e assim eu comecei a analisar mais detalhadamente as manifestações deste sofrimento psíquico nos profissionais de saúde e quais seriam as interferências na sua atuação profissional, principalmente na qualidade da sua relação com o paciente. E para minha surpresa, encontrei mais estudiosos do assunto apontando para esse fato, como dito pela médica Rachel Remen (1993.) que relacionava ao sofrimento do médico e apresentava a síndrome de *Burnout* como decorrente do despreparo dos profissionais em lidarem com tantas emoções presentes na oncologia, como a frustração, raiva, medo, negação e outras que poderiam levar a situações de profundo estresse e esgotamento emocional.

E assim, a partir dessa época, esse assunto vem me estimulando a estudar e entender melhor sobre as nuances que envolvem esses temas: saúde e adoecimento, sofrimento psíquico em pacientes oncológicos e em profissionais de saúde, sobretudo a importância da qualidade na relação médico-paciente.

Diante desses aspectos, justifica-se a ênfase dessa dissertação em pesquisar a síndrome de *Burnout* em médicos, tendo como proposta identificar a prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos que trabalham nos serviços de oncologia de um hospital da cidade de Fortaleza. E investigar por intermédio desses profissionais aspectos que poderiam ser relacionados com a referida síndrome, tipos de manifestações e medidas preventivas.

A pesquisa visa contribuir para a divulgação, sensibilização e compreensão da síndrome de *Burnout* que possa estar presente no trabalho dos médicos atuantes nos serviços de oncologia de um hospital da cidade de Fortaleza. Cientes de que para analisar essa síndrome se faz necessário a sua identificação e contextualização, pois entendemos que as condições ambientais de trabalho associadas as características de personalidade podem levar o indivíduo a desenvolver essa doença laboral.

Nessa perspectiva, estruturamos o trabalho em 6 partes: No primeiro capítulo abordamos o tema trabalho com apresentação breve dos aspectos históricos e sociais e sua importância no processo de adoecimento do trabalhador. A fundamentação teórica de Dejours sobre o sofrimento psíquico e o adoecimento dará a tônica da discussão.

O segundo capítulo trata sobre a síndrome de *Burnout* com seus aspectos históricos, conceituais e sintomatológicos.

O terceiro capítulo aborda o adoecimento ocupacional do médico, compreendendo a influência sócio-históricas da construção de sua identidade profissional e do seu contexto de trabalho, considerados como fatores de interferência para a prevalência da síndrome de Burnout em médicos.

No quarto capítulo, organizamos o nosso percurso metodológico buscando subsídios para a compreensão dos caminhos percorridos na trajetória da pesquisa: apresentação da amostra, instrumentos utilizados, caracterização do local e os procedimentos da coleta de dados. Neste capítulo, descreveremos os dados do diário de campo bem como das entrevistas.

O quinto capítulo desenvolve a análise e discussão de dados coletados com o questionário sócio-demográfico, o Inventário Maslach *Burnout* e as entrevistas semi-estruturadas. Finalmente no sexto capítulo, elaboramos uma análise conclusiva da pesquisa, limitações e sugestões.

Esse trabalho visa à realização e concretização de uma meta de vida profissional, acadêmica e pessoal, que apesar de parecer que terminará com a apresentação desse trabalho acadêmico, na realidade possibilitará o início de uma nova etapa de estudos.

2 TRABALHO E SEU PROCESSO DE ADOECIMENTO
- UM OLHAR SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO

O trabalho e a construção do seu significado ao longo da história da humanidade contribuíram para a formação da subjetividade do homem, compreendendo-o como uma forma de inserção do homem na sociedade, que reconhece a sua existência pelo que produz, onde o valor do trabalho pode ser associado ao significado construído culturalmente e pela relação que se constituirá entre a organização do trabalho e o sentido que é dado pelo trabalhador (Ferraz,1998) .

A palavra trabalho, em nossa língua, tem sua origem no latim, *tripalium* “um instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, no qual os agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (Albornoz, 1994, p. 10). *Tripalium* também significa instrumento de tortura (o verbo *tripaliare*, no latim, significa torturar). De sua ligação com a tortura, por meio desse instrumento, a palavra trabalho tem sido relacionada ao longo dos tempos com padecimento, sofrimento, cativo. Na língua portuguesa trabalho traz os seguintes significados:

“(...) aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim; atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento; trabalho remunerado ou assalariado; serviço, emprego; local onde se exerce essa atividade; qualquer obra realizada; lida, labuta; bruxaria” (Ferreira, 1993, p. 541).

Segundo esta definição, o trabalho humano é decorrente de atividades físicas, corporais, intelectuais ou espirituais mobilizadas para um fim, um objetivo,

visando um resultado ou um produto. Desta forma, o trabalho é o esforço, físico ou mental, o processo e a ação, bem como o seu produto final.

Para Lancman e Ghirardi (2002), o trabalho transcende o ato de trabalhar ou vender força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto forma de pertencer a grupos e ter direitos sociais. Para os autores, o trabalho também possui uma função psíquica, pois reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, além de estarem relacionados à realização do trabalho, estão ligados a constituição da identidade e da subjetividade.

Para Tamayo (2004), o exercício de uma atividade profissional também estaria associado à identidade individual, ou seja: “o trabalho não se reduz à atividade em si, ou ao emprego, é algo que transcende o concreto e instala-se numa subjetividade, no qual o sujeito da ação é parte integrante e integrada do fazer, o que resulta em sua própria realização.” (Tamayo, 2004, p. 42). O trabalho é tomado como espaço e tempo de construção da subjetividade deste sujeito.

Essas definições de trabalho são construtos de uma história sócio-político-econômica e cultural onde o sentido do trabalho foi adquirindo significados diferentes característicos de cada época. Na Grécia Antiga, o trabalho era um mal necessário e limitante, que se restringia aos escravos. Na era medieval, dominada pelas religiões judaico-cristã e o calvinismo, o trabalho passa a ser compreendido como uma forma de remissão dos pecados, a penitência a ser paga pelo homem pecador e que lhe possibilitará o reino do céu, o que o dignificará.

No Renascimento, em meio a tantas mudanças, o trabalho passa a ter uma conotação diferente: as razões para trabalhar estão no próprio trabalho e não

fora dele ou em suas conseqüências, quais sejam de salvação, de *status*, de acumulação de renda, de poder sobre outras pessoas. A satisfação no trabalho estaria no próprio processo técnico inerente e este seria um estímulo para o desenvolvimento do homem, não um obstáculo. O trabalho seria expressão do homem e expressão da personalidade, do indivíduo. O homem se torna um criador por sua própria atividade; pode realizar qualquer coisa (Albornoz, 1998, p. 58).

Na era industrial, de acordo com a visão capitalista, o trabalho é concebido como a possibilidade do homem transformar a natureza, as coisas e sociedade. Para Enriquez (1999), esta revolução no pensamento liberta os indivíduos dos antigos laços com a terra, transformando-os em trabalhadores livres, que vendem sua força de trabalho, física e mental.

Segundo Marx (1867), a característica do trabalho se faz pelo uso de ferramentas que o homem construiu com sua capacidade de criação e imaginação para obter um produto final. Na compreensão de Codo (1997, p. 25), o trabalho pode ser entendido como “uma dupla relação de transformação entre o homem e a natureza, geradora de significado”, sendo o trabalho essa fonte de significados.

Passando para outra conceituação de trabalho, apresentamos Dejours (1997) que define esse como uma forma do trabalhador poder afirmar a sua identidade por meio das atribuições individuais que estão inseridas na realização das suas tarefas. Outra compreensão sobre o trabalho pode ser direcionada para uma perspectiva que aborda a constituição da subjetividade do homem e o seu processo de subjetivação que é o mediador entre as formas de subjetivação (a atividade real do trabalho) e a subjetividade do trabalhador.

Segundo Cohn e Marsiglia (1994), a organização do trabalho refere-se à divisão técnica e social do trabalho, ou seja, à hierarquia interna dos trabalhadores, controle do ritmo e pausas de trabalho, padrão de sociabilidade interna. O trabalho em si não é nocivo ou perigoso, o que o faz assim é a forma pela qual ele é organizado pelo homem.

Se o trabalho fosse livremente escolhido e sua organização fosse flexível, “o trabalhador poderia adaptá-lo a seus desejos, às necessidades de seu corpo e às variações de seu espírito” (Dejours, 1986, p. 09), isto tornaria o trabalho não somente tolerável, mas favorecedor da saúde física, mental e espiritual do trabalhador. A organização do trabalho repercute sobre a saúde mental dos trabalhadores, podendo ocasionar sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas.

O trabalho passa a ser possibilidade de prazer e satisfação, como também de sofrimento e adoecimento, pois é estruturado num processo, com uma organização e divisão de tarefas. Esse modelo de organização se baseia no taylorismo, racionalidade científica para o trabalho, fundamentado na divisão das tarefas em seus elementos mais simples, seguida de um agrupamento em funções semelhantes, fragmentadas e especializadas das tarefas, com o intuito de alcançar o controle de todo o modo operatório do sistema (Noro, 2004).

Assim, a organização do trabalho compreende a divisão de tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas vai desde o conteúdo das tarefas, ao modo operatório e a tudo que é estabelecido pelo organizador do trabalho; a divisão dos homens estabelece uma hierarquia entre os mesmos, dividindo-os nas várias tarefas (Dejours, 1986).

A análise da divisão do trabalho é princípio da organização do trabalho para que se dimensione a relação saúde-doença-trabalho. Outro conceito que a divisão do trabalho comporta, conforme analisa Dejours (1992), é a divisão entre a concepção e a execução das tarefas: quanto maior esta distância, maior probabilidade de que haja sofrimento experimentado pelo trabalhador. A imposição da forma, do ritmo e do conteúdo do trabalho, a exclusão da participação no planejamento de quem executa as atividades são fontes geradoras de sofrimento e, conseqüentemente, de desgaste.

Dentre os estudos sobre o sofrimento psíquico no trabalho, observam-se dois modelos que investigam as relações entre trabalho e saúde mental, a psicopatologia do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. A Psicopatologia do trabalho pode ser compreendida como uma análise dos processos psíquicos que são mobilizados pelo sujeito a fim de protegê-lo da realidade do trabalho, buscando evitar a doença mental (Dejours, 1994, p. 120).

A segunda, que é a psicodinâmica do trabalho, destaca as relações interpessoais como foco de interesse no ambiente do trabalho. Esse sujeito espera ser reconhecido no/pelo seu trabalho, numa relação entre sua identidade e o reconhecimento do outro, que para Dejours (1994) é a construção do sentido do trabalho pelo reconhecimento, gratificando o sujeito em relação às expectativas frente a realização de si(edificação da identidade no campo social) para transformar o sofrimento em prazer.

Diante dessa relação do homem com o trabalho, seguiremos a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, como proposta de estudar o despreparo do profissional para lidar com o prazer e o sofrimento presentes na vivência laboral. Compreendendo que, tanto o prazer como o sofrimento, podem ser decorrentes de

situações organizacionais e/ou interpessoais. O autor salienta que, para os trabalhadores darem conta do prescrito, corresponderem às expectativas da organização e não adoecerem, eles utilizam estratégias de enfrentamento contra o sofrimento, tais como conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, dentre outras.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), definem o termo “estratégias defensivas” como mecanismos pelos quais o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade que o faz sofrer. Os autores apontam que a diferença entre um mecanismo de defesa individual e um coletivo está no fato de que o primeiro permanece sem a presença física do objeto, que se encontra interiorizada. Ao passo que o segundo depende das condições externas e se sustenta no consenso de um grupo específico de trabalhadores.

Segundo Dejours (1994), o sofrimento está presente no campo que separa a doença da saúde e o aparecimento de modos de funcionar robotizados, desprovidos de afeto, traduzindo aparente normalidade mesmo que a forma do vínculo ao trabalho se respalde na ausência de prazer e no sofrimento silencioso. Conforme Codo e Vasques-Menezes(1999), esse sofrimento inicia quando a relação entre homem e organização do trabalho está bloqueada e o homem tem a certeza de que o nível de insatisfação no trabalho não pode ser reduzido; as vivências de sofrimento estarão presentes mesmo com a utilização máxima de seus recursos intelectuais, afetivos, de aprendizagem e de adaptação.

Para Dejours (1992), o sofrimento pode ser manifesto de forma criativa ou patogênica de acordo com os recursos individuais e sócio-culturais que estejam sendo utilizados naquele momento. O centro do estudo será o sofrimento patogênico

que se inicia quando o trabalhador não possui mais recursos defensivos para lidar com a situação provocada pelo ambiente organizacional:

(...) quando todas as possibilidades de transformação, aperfeiçoamento e gestão da forma de organizar o trabalho já foram tentadas, ou melhor, quando somente pressões fixas, rígidas, repetitivas e frustrantes, configuram uma sensação generalizada de incapacidade (Heloani e Capitão, 2003, p. 107).

Os indicadores do processo de saúde e de adoecimento no trabalho podem estar relacionados ao prazer, à satisfação, ao sofrimento criador ou patogênico. “O sofrimento será concebido como uma vivência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico” (Dejours, 1994, p. 127). A compreensão de sofrimento psíquico no trabalho está diretamente relacionada à capacidade de desestabilizar a identidade e personalidade do trabalhador, mas concomitantemente, é esse sofrimento uma possibilidade de busca da saúde.

Assim, prazer e sofrimento originam-se de uma dinâmica interna das situações e da organização do trabalho. São decorrências das atitudes e dos comportamentos franqueados pelo desenho organizacional, cuja tela de fundo constitui-se de relações subjetivas e de poder (Heloani e Capitão, 2003, p. 107).

Não se trata de um sofrimento patológico, mas pode ser um promotor do aumento da resistência e do fortalecimento da identidade pessoal, possibilitando que crie e se transforme as dificuldades e obstáculos do trabalho de forma saudável (Tamayo, 2004).

É importante reconhecer que o sofrimento não tem uma manifestação única para todos os indivíduos de uma mesma família, cultura ou período histórico. O que é sofrimento para um, não é, necessariamente, para o outro, mesmo quando submetidos as mesmas condições ambientais adversas (Brant e Minayo 2004, p. 214).

O sofrimento no trabalho pode ser definido como vivências concomitantes de desgaste e de insegurança diante das pressões para atender as exigências relacionadas ao desempenho e produtividade. Considerando que o desgaste é um sentimento de desânimo, cansaço, ansiedade, frustração, tensão emocional, sobrecarga com estresse no trabalho, e analisando a insegurança como um sentimento de incompetência. Essas manifestações são expressas por queda da auto-estima, o surgimento de comportamentos inadequados frente a sua clientela (como irritação, descaso, distanciamento), diminuição da produtividade e da realização pessoal no trabalho, instalação de problemas psicossomáticos e o absenteísmo.

Nas últimas décadas, elevaram-se os estudos a respeito do impacto das organizações sobre a vida e a morte do trabalhador, destacando-se um adoecimento pelo sofrimento psíquico no trabalho. Maslach e Leiter (1999) afirmam que as pessoas estão sacrificando suas vidas e aspirações pelo bem da empresa, muito embora a saúde da empresa não esteja, necessariamente, vinculada à saúde do trabalhador. Além disso, estudos mostram que o adoecimento do profissional no trabalho gera queda na produtividade e qualidade do trabalho.

Seisdedos(1997) aponta a grande incidência de quadros de esgotamento, entre eles a Síndrome de *Burnout*, em trabalhadores de instituições assistenciais, nas áreas da saúde e da educação, por estarem permanentemente expostos aos problemas e as preocupações daqueles a quem atendem profissionalmente.

O estresse crônico pode conduzir ao desenvolvimento da síndrome, definida por Freudenberger (1974), como uma experiência de esgotamento, decepção, exaustão física e emocional, manifestadas por profissionais “normais”, que não apresentam nenhum quadro psicopatológico antes de seu surgimento. A síndrome foi nomeada de *Burnout* por apontar para redução da afetividade e do desempenho no trabalho, sendo acompanhada de atitudes negativistas e hostis.

A síndrome de *Burnout* é diferente de outros estados, com os quais pode ser confundida: tédio, depressão, ansiedade, insatisfação no trabalho ou o estresse. O processo de *Burnout* supõe uma interação de variáveis afetivas, cognitivas e comportamentais que se influenciam e constituem esse estado de estresse crônico no trabalho. O estresse pode ter efeitos positivos e negativos na vida de uma pessoa, diferente do *Burnout* que possui apenas efeitos negativos e de origem predominantemente laborais.

3 A SÍNDROME DE *BURNOUT*

O termo *Burnout* tem sua origem anglo-saxônica e representa aquilo que deixou de funcionar por exaustão. Essa expressão foi, originalmente, usada em 1940 para referir-se ao colapso dos motores dos jatos e dos foguetes. Mas na década de 70, o médico Freudenberger (1974) utilizou o termo para designar uma manifestação radical do estresse emocional e interpessoal no trabalho de voluntários, com os quais trabalhava, que apresentavam um processo gradual de desgaste de humor e desmotivação. Para o autor, o *Burnout* seria o resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho que fosse voltado para o contato direto com pessoas em prestação de serviços.

Nos anos 80, esse conceito foi desenvolvido nas pesquisas empíricas que colocavam em evidência as categorias ocupacionais cujo trabalho implicava em cuidar do outro. Maslach e Jackson(1981) fizeram os primeiros estudos de caracterização desta síndrome, integrando atitudes e sentimentos negativos que envolviam: esgotamento emocional, caracterizado por uma falta ou carência de energia, entusiasmo, sentimento de sobrecarga emocional e esgotamento de recursos. A despersonalização emergia como endurecimento, insensibilidade, manifestada pela atitude fria e distante para com os que recebem os seus cuidados, clientes ou colegas, mostrando-se impessoal, muitas vezes cínico. A redução da realização pessoal seria compreendida como uma tendência à auto-avaliação negativa, diminuição dos sentimentos de competência, frustração, inadequação e infelicidade consigo e com o trabalho.

Nessa década as investigações sobre Síndrome de *Burnout* se deram nos Estados Unidos e, posteriormente, o conceito começou a ser investigado no Canadá, Inglaterra, França, Alemanha, Israel, Itália, Espanha, Suécia e Polônia. Em cada

país, foi adotado e aplicado o instrumento criado nos Estados Unidos, especialmente o *Maslach Burnout Inventory*, de Maslach e Jackson (Maslach e Schaufeli, 1993).

Ela [Maslach] estava interessada nas estratégias cognitivas denominadas despersonalização. Estas estratégias se referem a como os profissionais da saúde (enfermeiras e médicos) misturam a compaixão com o distanciamento emocional, evitando o envolvimento com a enfermidade ou patologia que o paciente apresenta e utilizando a "desumanização em defesa própria", isto é, o processo de proteger-se a si mesmo frente a situações estressoras, respondendo aos pacientes de forma despersonalizada (Guimaraes e Cardoso, 1999, p. 02).

A compreensão da Síndrome de *Burnout* segue duas perspectivas de conceituação e abrangência: a clínica e a psicossocial. A perspectiva clínica apresenta a síndrome de *Burnout* como um estado relacionado com as experiências de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho, com a persistência de um conjunto de expectativas inalcançáveis. Nesses termos, a etiologia da síndrome teria como causas principais os aspectos pessoais do trabalhador. A segunda perspectiva entende a síndrome de *Burnout* como processo que se desenvolve na interação de características do ambiente de trabalho e características pessoais. (Gil-Monte e Peiró, 1997)

Atualmente, a concepção psicossocial é a mais adotada pelos pesquisadores do assunto, definindo a Síndrome de *Burnout* como multidimensional, composta por três dimensões (Maslach, 2001):

- 1- A Exaustão emocional que refere-se às sensações de sobre- esforço e fastio emocional que se produz como conseqüência das contínuas interações que os trabalhadores devem manter com os clientes e entre eles.

- 2- A Despersonalização supõe o desenvolvimento de atitudes cínicas frente às pessoas a quem os trabalhadores prestam serviços.
- 3- Uma reduzida Realização Pessoal que também levaria à perda de confiança na realização pessoal e à presença de um auto-conceito negativo.

A síndrome seria conseqüência de eventos estressantes que predis põem o indivíduo a vivenciá-la dentro de seu contexto laboral, em que seria necessária à interação trabalhador-cliente intensa e/ou prolongada para que o sintoma se produza. A seqüência em que se processa o estabelecimento do *Burnout* é apresentada em alguns modelos diferentes, mas sempre envolvendo as três dimensões supracitadas.

Maslach (2001) assinala que o esgotamento emocional representa a dimensão de tensão básica da Síndrome de *Burnout*. A despersonalização expressa o contexto interpessoal onde se desenvolve o trabalho do sujeito e a diminuição das conquistas pessoais, representando a auto-avaliação que o indivíduo realiza de seu desempenho ocupacional e pessoal.

Gil-Monte e Peiró (1997) demonstram que a síndrome de *Burnout* se iniciaria com o sentimento de baixa realização pessoal e esgotamento emocional em paralelo. A despersonalização seria desencadeada como estratégia defensiva ou de enfrentamento. A síndrome de *Burnout* tem caráter dinâmico e gradual.

Para o desencadeamento do *Burnout* podemos identificar as características situacionais envolvendo o trabalho como o ambiente físico, a função desempenhada, as relações interpessoais, tecnologias utilizadas e outras questões de ordem organizacional. Os fatores facilitadores podem ser sociodemográficos, de

personalidade e enfrentamento. Para melhor compreensão, apresentaremos um resumo esquemático desses fatores, no quadro abaixo.

QUADRO 1 – Resumo esquemático dos facilitadores e/ou desencadeantes do *Burnout*

| Facilitadores e/ou Desencadeantes do <i>Burnout</i> | |
|---|--|
| <p>Características Pessoais</p> <p>Idade</p> <p>Sexo</p> <p>Nível educacional</p> <p>Filhos</p> <p>Personalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hardness -Locus de controle -Padrão de personalidade tipo A -Variáveis do 'self' - Estratégias de enfrentamento - Neuroticismo - Tipo emocional - Otimismo x Pessimismo - Perfeccionismo <p>Sentido de coerência</p> <p>Motivação</p> <p>Idealismo</p> <p>Características Organizacionais</p> <p>Ambiente físico</p> <p>Mudanças organizacionais</p> <p>Normas institucionais</p> <p>Clima</p> <p>Burocracia</p> <p>Comunicação</p> <p>Autonomia</p> <p>Recompensas</p> <p>Segurança</p> | <p>Características do Trabalho</p> <p>Tipo de ocupação</p> <p>Tempo de profissão</p> <p>Tempo de instituição</p> <p>Trabalho por turnos ou noturno</p> <p>Sobrecarga</p> <p>Relacionamento entre os colegas de trabalho</p> <p>Relação profissional-cliente</p> <p>Tipo de cliente</p> <p>Conflito de papel</p> <p>Ambigüidade de papel</p> <p>Suporte organizacional</p> <p>Satisfação</p> <p>Controle</p> <p>Responsabilidade</p> <p>Pressão</p> <p>Possibilidade de progresso</p> <p>Conflito com os valores pessoais</p> <p>Falta de feedback</p> <p>Características Sociais</p> <p>Suporte social</p> <p>Suporte familiar</p> <p>Cultura</p> <p>Prestígio</p> |

Fonte Benevides-Pereira (2002, p.69)

A síndrome de *Burnout* difere do estresse. A primeira caracteriza-se por atitudes e condutas exclusivamente negativas com relação aos usuários, enquanto o segundo pode apresentar-se com aspectos positivos e negativos, como desfalcimento pessoal que interfere na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho (Mendes, 2002).

A relação entre *Burnout* e a sobrecarga de trabalho nas profissões assistenciais é conhecida, por ser um tipo de trabalho que se caracteriza pela assistência a pessoas que necessitam de ajuda por estarem doentes, sofrendo, com ansiedade, angústia, dor, raiva, tristeza e desesperança, além de poderem causar no profissional sentimentos de frustração e impotência. Este fator pode ocasionar diminuição na prestação de serviço oferecida pelos profissionais, tanto qualitativa como quantitativa.

Maslach e Leiter (1997) alegam que a síndrome não afeta somente profissionais cuidadores, mas abrange àqueles dos quais é exigido nível de inter-relacionamento pessoal, seja com clientes usuários, consumidores, colegas e chefias. Segundo os referidos autores, o *Burnout* aparece sempre que houver desequilíbrio entre a forma do trabalho e as características individuais da pessoa que o realiza. O *Burnout* se diferencia do estresse por seu papel temporal e relacional, pois esta base relacional está alicerçada na tensão emocional e nas formas de enfrentamento que o trabalhador utiliza nas diversas situações de trabalho. Assim, quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes pode ocorrer o *Burnout*.

Mendes (2002) afirma que o estresse não leva necessariamente a *Burnout*, pois existem muitas variáveis implicadas no processo: predisposição constitucional para o estresse, condições ambientais agressoras, personalidade e

percepção subjetiva do sujeito, além da capacidade de enfrentamento. A pessoa cuja fadiga é acentuada por excesso de carga de trabalho pode não apresentar *Burnout*, pois a despersonalização e a falta de realização pessoal não estão presentes.

Maslach e Leiter (1997) associam o *Burnout* a uma situação em que o indivíduo, ao demonstrar comprometimento e objetivos a serem conquistados no trabalho, percebe, paulatinamente, os esforços de engajamento sendo substituídos por sentimentos de irritabilidade, ansiedade, raiva, e falta de realização pessoal. Somada à instalação desse quadro há fatores predisponentes ao surgimento da síndrome, como a extensa jornada de trabalho, a sobrecarga mental e a perda progressiva de energia. Com isso, a exaustão emocional surge como primeiro elemento da síndrome. O indivíduo passa a tratar sua clientela com frieza e cinismo desenvolvendo um afastamento psíquico e emocional, podendo assim, atingir inclusive suas relações sociais. A situação pode agravar a despersonalização levando ao comprometimento do desempenho e sensação de incompetência; estabelecendo-se assim, a redução do sentimento de realização profissional (Silva, 2000).

Pesquisas demonstram que profissionais bastante motivados e com elevada carga de estresse e cansaço no trabalho são aqueles mais propensos a desenvolver a síndrome de *Burnout*. Benevides Pereira (2002) indica que pessoas com características de personalidade tipo A, competitivas, impacientes, autocríticas, com dificuldades de tolerar frustrações e necessidade de ter o máximo de controle sobre a própria carreira, quando em contato direto com determinados ambientes de trabalho, lidam mal com suas falhas e são portanto, os primeiros a desenvolver a síndrome.

A síndrome de *Burnout* por ser gradual e acumulativa, apresenta graus diferentes de manifestação, frequência e intensidade. Quanto à frequência: o menor grau é presente quando ocorre o aparecimento esporádico dos sintomas, e o maior grau é detectado quando a presença é permanente. Quanto à intensidade, o nível baixo caracteriza-se pela incidência de sentimentos como irritação, esgotamento, inquietações e frustração, sendo o nível alto constituído pela presença de doenças e somatizações (Iwanicki, 1983). Benevides-Pereira (2002) descreve a sintomatologia de *Burnout* de acordo com o quadro 2.

Quadro 2 – Sintomatologia de *Burnout* segundo Benevides-Pereira (2002)

SINTOMATOLOGIA DE *BURNOUT*

| | |
|-------------------------------------|---|
| ASPECTOS FÍSICOS | ASPECTOS COMPORTAMENTAIS |
| Fadiga constante e progressiva | Negligência ou excesso de escrúpulos |
| Distúrbios do sono | Irritabilidade |
| Dores musculares ou osteomusculares | Incremento da agressividade |
| Cefaléias, enxaquecas | Incapacidade para relaxar |
| Perturbações gastrintestinais | Dificuldade na aceitação de mudanças |
| Imunodeficiências | Perda de iniciativa |
| Transtornos cardiovasculares | Aumento do consumo de substâncias |
| Distúrbios respiratórios | Comportamento de alto risco |
| Disfunções sexuais | Suicídio |
| Alterações menstruais | |
| ASPECTOS PSÍQUICOS | ASPECTOS DEFENSIVOS |
| Falta de atenção e concentração | Tendências ao isolamento |
| Alterações de memória | Sentimento de onipotência |
| Lentidão do pensamento | Perda do interesse pelo trabalho ou lazer |
| Sentimento de alienação | Absenteísmo |
| Impaciência | Ironia, cinismo |
| Sentimento de insuficiência | |
| Redução da auto-estima | |
| Labilidade emocional | |
| Dificuldade de auto-aceitação | |

Astenia, desânimo, depressão

Desconfiança, paranóia.

Fonte: Benevides Pereira(2002, p. 44)

Deve-se considerar que não é necessário apresentar todos os sintomas para caracterizar *Burnout*. Observa-se também que a ocorrência dos sintomas defensivos constitui a característica mais importante, pois diferenciam a síndrome do estresse (Benevides Pereira, 2002).

Segundo o manual do M.B.I.(*Maslach Burnout Inventory*), o indivíduo com *Burnout* apresenta grau alto em Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DE) e Baixa Realização Profissional(RP). Golembiewsky, Munzenrider e Carter (1983), citados por Benevides-Pereira (2002) descrevem que, primeiramente surge a despersonalização como enfrentamento ao estresse, para então se instalar a exaustão emocional.

Para desenvolver a síndrome, o indivíduo não precisa passar, necessariamente, por todos esses estágios. Leiter e Maslach (1988) apontam as deficiências quanto a equações estruturais do modelo supracitado e propõem o modelo em que os estressores laborais levam à exaustão emocional, promovendo despersonalização e a conseqüente baixa realização profissional. Nessa concepção, exaustão emocional é o elemento central de caracterização da síndrome (CADIZ, 1997).

**4 O PROFISSIONAL MÉDICO E SEU ADOECIMENTO
NO TRABALHO**

A identidade do médico foi sendo construída ao longo da história da humanidade com os sentidos que a sociedade atribuía ao seu papel e poder como profissional de saúde. Segundo Hoirisch (1992), o título de doutor surgiu “legalmente” no século XV quando apareceram as leis, os currículos, os exames que regulamentavam o exercício da medicina na universidade medieval. Nasce então o papel social do médico, com o respaldo da ciência e aceitação/admiração da sociedade.

Na antiguidade, as sociedades tribais e indígenas eram exemplos de grupos cujos problemas de saúde eram tratados por feiticeiros, pajés ou sacerdotes, pessoas reconhecidas como possuidoras de dotes especiais que passaram por um processo de formação e eram remuneradas com presentes e outras formas de agradecimento. Essas pessoas faziam o diagnóstico, decidiam sobre a terapêutica, preparavam as poções medicamentosas e aplicavam o tratamento e, dessa forma, praticamente não existia divisão de trabalho (Pires, 1998). Assim, o médico das sociedades tribais assumia o papel de intermediário entre deuses e mortais, conforme afirma Mello Filho (1992).

Nessa época, o adoecer era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais, sendo a cura buscada em rituais religiosos. As práticas terapêuticas e as concepções de vida, de saúde e de morte estavam intimamente ligadas a essas crenças. (Volich, 2000)

Na Idade Média, a prática de saúde passa a ser exercida por religiosos, formados nos mosteiros e depois do século X, nas Universidades. Mello Filho (1992) destaca que neste período a medicina surgiu impregnada de religião, magia e poder. Segundo Pires (1998), os médicos detinham o conhecimento de base religiosa e

metafísica que justificava a ordem social vigente e explicava as doenças. As teorias em relação ao processo saúde-doença, desenvolvidas na antiguidade, foram guardadas pela igreja nos mosteiros e reorientadas para respeitarem os princípios e as limitações impostas pelo Cristianismo.

Dessa forma, a profissão do médico - entendida como a arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar as doenças -, é compreendida como produto da história e existente dentro de um contexto que emerge de uma antiga tradição de cura. Na compreensão de Pires (1998), as atividades assistenciais de saúde concentravam-se em um mesmo espaço, o hospital, e a assistência tornou-se resultado de trabalho coletivo de médicos, religiosos e/ou práticos.

A partir da segunda metade do século XIX, com o avanço dos conhecimentos em saúde, o aumento da população e a ampliação dos problemas surgiram as necessidades de intervenções complexas, desencadeando o aparecimento do hospital como organização de grande porte com especialização em unidades e serviços. E o médico passou a ser o detentor do poder de curar e cuidar da saúde do outro (paciente/sociedade). Observa-se o início de uma supervalorização dos aspectos técnicos e científicos em detrimento dos aspectos emocionais e não-científicos na medicina.

Esses aspectos históricos nos fazem refletir sobre a constituição da identidade desse profissional, que traz na sua essência o peso e a dor de ser curador/cuidador, como relata o mito de Quíron- o curador ferido. O mito narra a história do Centauro Quíron, metade animal e metade homem, que dominava a arte da cura. Um dia, ao tentar ajudar o seu amigo Hercules (outra figura mitológica) numa batalha é ferido acidentalmente pelo mesmo. Essa ferida não cicatriza e ele tem a perspectiva de passar a eternidade sofrendo pela dor da ferida. Sem

conseguir suportar tal destino, o centauro resolve trocar a sua imortalidade pela mortalidade. Assim ele morre e dá origem a uma constelação estelar.

A ferida do Centauro é uma imagem arquetípica grega precursora da ciência médica e que representa o conhecimento da doença ligada à participação existencial do médico através do seu próprio sofrimento como pessoa. (Kovács, 1992). O médico como cuidador/curador pode ser muitas vezes “ferido” por aquele de quem cuida...- A dor e a sombra estão na imagem primordial do médico o que explica o lema:médico cura-te a ti mesmo.

Essa “ferida” pode simbolizar o adoecimento físico e emocional dos profissionais de saúde que no exercício de sua função muitas vezes são atingidos “inconscientemente” e/ou “conscientemente” por seu ambiente de trabalho. O que observamos através da realização de pesquisas sobre o adoecimento físico, psíquico e emocional desses profissionais.

Pesquisas sobre saúde mental e morbi-mortalidade dos médicos são elaboradas desde o século XIX quando o médico Ogler (1886) mostrou um estudo em que médicos tinham maior risco de apresentarem: cirrose, acidentes e envenenamentos.

Na busca pela compreensão dos riscos psicológicos do exercício da profissão médica, a Dra Caroline Thomas pesquisou o estado de saúde mental de mais 1.300 estudantes de medicina da Johns Hopkins Medical School, no período de 1948 a 1964. O Instrumento aplicado foi o teste psicológico Rorschach, cuja posterior análise revelou que estudantes que deram respostas mórbidas ao teste, cometeram suicídio ou desenvolveram câncer posteriormente. Demonstrou, ainda, que o índice de suicídio de médicos era alto – 34,7% de todas as mortes

prematuras. A pesquisadora relacionou esses dados a correlação estresse e personalidade.

Século depois, no **153rd Annual Meeting - American Psychiatric Association, em 2000**, em Chicago - EUA, pesquisas revelaram que médicos têm maior risco de : depressão, suicídio, alcoolismo, abuso de substâncias. Qualquer doença pode ocorrer em médicos, mas há super-representação nas doenças afetivas (depressão unipolar e bipolar), dependência do álcool e outras substâncias psicoativas, conflitos de orientação sexual (AIDS), distúrbios alimentares (anorexia em estudantes e residentes do sexo feminino), quadros demências e delirium. Entre as doenças físicas têm maior riscos as doenças cardiocirculatórias, relacionadas ao abuso de álcool, nicotina e outras drogas e neoplasias.

Assim como, estudos realizados na Inglaterra (Edwards, 2002; Smith, 2001) mostram a mortalidade em médicos oriundas de suicídio, cirrose hepática e acidentes, sendo todos relacionados a um sentimento de infelicidade expresso pelos médicos.

Segundo Meleiro(1999), o profissional de saúde está preparado para a cura, mas freqüentemente angustiado pela morte. Frente aos limites da realidade acaba sendo facilmente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento, isto pode ser suficiente para produzir: ansiedade, depressão, somatização, hipocondria, abuso de álcool e outras drogas, podendo culminar com suicídio.

A saúde mental é equilibrada quando as agressões dirigidas à mente pela vida laboral são confrontadas pelas resistências individuais e coletivas que funcionam como preservadoras da identidade, dos valores e da dignidade dos

trabalhadores (Seligmann-Silva, 1994). Para a autora, as ações morbígenas, de caráter essencialmente sócio-econômico, exercem influência por meio das variáveis social, psicológica e do próprio corpo do trabalhador.

Pinheiro, Tróccoli e Paz (2002) acrescentam que o fator psicossocial é uma denominação complexa que inclui variáveis relativas ao indivíduo. Afirmam que o **International Labour Office** (ILO) define fatores psicossociais como a interação entre os aspectos do ambiente de trabalho (ou externos a ele) e características do indivíduo relacionadas a efeitos sobre a saúde e/ou desempenho.

As contribuições de Maslach e Leiter (1999), para a compreensão do adoecimento de homens e mulheres com o desgaste físico e emocional resultaram na orientação dos procedimentos na identificação das causas localizadas mais no ambiente do trabalho do que no próprio indivíduo.

Esse enfoque dado aos aspectos psico-sociais mostra uma maior probabilidade de existir um desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e as pessoas que o realizam. As autoras afirmam ainda que o desgaste físico e emocional é um processo gradual de perda e as exigências do trabalho estruturam a experiência do trabalhador ao mesmo tempo em que o desempenho do indivíduo afeta o trabalho e todas as pessoas nele envolvidas.

Para o profissional de saúde o seu ambiente de trabalho possui agentes que exercem pressão elevando o grau de risco da ocorrência de *Burnout* (Benevides-Pereira, 2002). Segundo Pitta(1999), o hospital é uma instituição marcada pela luta constante entre a vida e a morte. Nele estão as esperanças de melhora, cura, minimização ou supressão do sofrimento, mas também está a morte em batalha constante diante das condutas terapêuticas.

Dentre os estressores, no hospital, destacam-se as demandas das condições efetivas para um bom atendimento, o pouco reconhecimento profissional, a reduzida participação nas decisões organizativas de gestão e planificação do trabalho, os plantões, as longas jornadas de trabalho, as dificuldades de promoção, a exposição constante ao risco e a periculosidade (primordialmente em algumas especialidades), os pacientes difíceis e problemáticos, a pressão do tempo e as atuações de urgência, a convivência com o sofrimento e a morte, problemas de comunicação, competição no ambiente laboral e burocracia na prática médica.

Além desses fatores, a expectativa da sociedade em relação ao médico é de infalibilidade, tanto em sua prática laboral, como nas questões éticas e morais. As questões institucionais do local onde o médico desenvolve suas atividades também podem pressioná-lo em função das condições laborais incompatíveis com o atendimento adequado ao paciente.

Um estudo sociológico sobre o perfil do médico no Brasil revelou que 80% dos médicos brasileiros consideram a atividade médica desgastante e atribuem esse desgaste aos seguintes fatores: excesso de trabalho, múltiplos empregos, baixa remuneração, más condições de trabalho, alta responsabilidade profissional, dificuldades na relação com os pacientes, cobrança da população e perda da autonomia.

Esse mesmo estudo destaca que as relações de trabalho, o tempo dedicado à atividade profissional representam influência significativa na saúde do médico. A classe médica está entre o grupo de categorias que menos valoriza esses fatores de risco no trabalho (Machado, 1997).

Uma das tentativas teóricas existentes no campo da saúde mental do trabalhador é atuar no processo de adoecimento por meio da desistência do trabalhador de suas atividades laborais valendo-se especificamente da psicopatologia do trabalho que, por definição, é a “análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho” (Dejours, 1994, p. 120).

Benevides-Pereira (2002) acrescenta que o trabalho pode constituir um espaço de prazer, além da subsistência da vida, e não apenas de sofrimento e perda de saúde. Berndtsson (2003) enfatiza que a conscientização sobre a quebra do ciclo do excesso de trabalho e a prática regular de uma atividade física, podem ajudar a reverter problemas causados pelos altos níveis de estresse. Benevides-Pereira (2002) acrescenta que o *Burnout* passou a ser protagonista no mundo laboral, pois explicita grande parte das conseqüências do impacto das atividades ocupacionais no trabalhador e desse na organização.

Pesquisas atuais sobre o *Burnout* identificam a necessidade de maior investimento em estudos que investiguem a influência de variáveis pertinentes ao vínculo indivíduo-organização, pois dessa forma poderão surgir intervenções que priorizem a prevenção e o tratamento do fenômeno nas organizações (Garrosa Hernández *et al.*, 2002). Os autores enfatizam que o sucesso das ações preventivas será respaldado na capacidade de tratar o fenômeno como um problema derivado da relação do indivíduo com o trabalho e com a organização e não somente vinculado às características de personalidade do indivíduo ou ao vínculo do profissional com os usuários.

Segundo Benevides-Pereira (2002), a relevância social de produzir conhecimento sobre *Burnout* em médicos tem fundamentos na busca de respostas

necessárias para compreender a relação trabalho, saúde e doença. A ocorrência desse fenômeno mostra-se freqüente e disseminada, demonstrando ser problema de abrangência internacional, passível de ocorrer em qualquer realidade social, cultural ou geográfica, observando que os níveis de *Burnout* diferem conforme cultura, categorias e cargos estudados.

Gil-Monte (2002) complementa quando destaca que, na Espanha, a *síndrome de quemarse por el trabajo* (síndrome de *Burnout*) adquiriu relevância especial, sendo notícia e objeto de contínuo debate nos meios de comunicação, enfatizando a necessidade de reconhecê-lo como enfermidade profissional e a importância da prevenção e tratamento. Uma ação relevante nesse sentido foi a sentença ditada em 26 de outubro de 2000 pelo *Tribunal Supremo, Sala de lo Social*, que a reconhece como doença laboral.

Quem apresenta a síndrome sente-se, literalmente, sem saída. É comum, por exemplo, que a pessoa acredite estar sendo perseguida no trabalho ou que se torne agressiva ou apática e desenvolva depressão e ansiedade excessiva.

O médico sueco Levi ³(2003), afirma que o alto esforço e a baixa gratificação são alguns dos fatores que levam ao problema. O autor destaca que a solução para lidar com o *Burnout* está em ações integradas, é o caso do comprometimento de cada um ao tentar estabelecer um estilo de vida mais saudável.

No Brasil, as leis de auxílio ao trabalhador contemplam esta síndrome no decreto n° 3.48/99, de 06 de maio de 1996. Dispõe sobre a Regulamentação da Previdência Social, em seu Anexo II, que trata dos *Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais, conforme previsto no Art. 20 da Lei n° 8.213/91*, ao se

³ consultor de estresse da Organização Mundial de Saúde-OMS e presidente da ISMA Internacional.

referir aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID- 10), no inciso XII aponta a *Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burn-out, Síndrome do Esgotamento Profissional)* (Benevides-Pereira, 2002).

As conseqüências sociais dos problemas relacionados ao *Burnout* em médicos residem na possibilidade crescente de identificar na sociedade, médicos desempenhando suas atividades com as seguintes características: comportamentos distantes e frios, baixo envolvimento com o trabalho, reduzida realização profissional, desistência de seus ideais e escolhas profissionais. Além disso, a exaustão física e emocional interfere na qualidade do atendimento, no cumprimento dos horários pelo excesso de horas dedicadas ao trabalho, podendo chegar ao extremo de causar a morte de um paciente por incompetência ou negligência.

Nos Estados Unidos, Anderson (2002) verificou, em estudo realizado com 115 médicos durante o treinamento de residência, que 75% dos sujeitos da pesquisa apresentaram a síndrome de *Burnout*. Considerou-a como problema diferente da depressão ou do abuso de substâncias químicas. Os sujeitos apresentaram desempenho de trabalho diminuído, compromisso reduzido com o trabalho e satisfação baixa com a carreira, mas mantiveram-se em suas atividades profissionais.

Os médicos *burned-out* apresentam facilidade para entrar em confrontos com a equipe, pacientes e familiares, demonstram entusiasmo baixo para o trabalho, tomam decisões pobres e erram muito. Em alguns casos, à síndrome é adicionada a utilização de substâncias químicas como álcool, maconha, solventes, cocaína, anfetaminas, nicotina e tranqüilizantes.

Trabalho publicado no *Journal of clinic oncology* em 1991 mostrou que 56% dos 1.000 oncologistas pesquisados evidenciaram algum grau de *Burnout*, relacionado em 57% deles à falta de férias ou de tempo para atividades pessoais. (Whippen & Canellos,1991)

Cusimano, Yonke e Tucker (1999) desenvolveram uma pesquisa com objetivo de determinar a magnitude e as razões para o fenômeno do desgaste no residente de neurocirurgia em 13 programas de residência no Canadá, sendo que 92% dos residentes responderam a pesquisa. Os resultados demonstraram que 42 residentes desistiram voluntariamente do programa de treinamento da residência no período de 1980 a 1992 e as principais razões foram excessiva carga de horas de trabalho, crescente demanda, deficiência dos profissionais com relação às atitudes e/ou comportamentos eficazes e eficientes de gerenciamento das relações interpessoais e conflito de valores.

Os resultados sugerem que o desgaste no residente de neurocirurgia é significativo e que a desistência raramente acontece por fatores cognitivos ou déficit psicomotor, mas geralmente ocorrem por fatores concernentes a questões de conflito de valores e nas relações interpessoais. Futuros estudos em outros países e com outras especialidades são necessários para confirmar essas descobertas.

As investigações brasileiras, comparadas às realizadas nos Estados Unidos e na Europa, são mais escassas. Uma pesquisa brasileira sobre *Burnout* em médicos foi realizada por integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre a Síndrome de *Burnout* (NEPASB) do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá entre 1998 e 1999.

Segundo Benevides-Pereira (2002), a maioria dos trabalhos que trata a Medicina como uma atividade de risco em *Burnout* é de cunho predominantemente teórico, sendo comparativamente escassos os do tipo empírico com ênfase na classe médica. Dessa forma, a investigação das características da incidência de *Burnout* em médicos oncologistas de uma organização hospitalar contribui para a discussão do tema na realidade brasileira, permitindo o estabelecimento de ações na esfera preventiva e interventiva da síndrome de *Burnout*.

Tucunduva et. al. (2006) realizaram pesquisa sobre a síndrome de *Burnout* em médicos cancerologistas brasileiros, constatando que 15,7% dos médicos apresentavam níveis moderados ou graves nas três dimensões da síndrome de *Burnout*. Para o aspecto exaustão emocional, 55,8% apresentou nível moderado ou grave. Na despersonalização, a frequência foi para 96,1% e para realização pessoal, 23,4%. Para os pesquisadores, a síndrome de *Burnout* é freqüente entre médicos cancerologistas brasileiro, e outros estudos devem ser desenvolvidos para averiguar sua prevalência e prevenção nas especialidades médicas.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método escolhido, para coletar as informações necessárias que responderão as questões levantadas nessa pesquisa, foi uma combinação de abordagens e instrumentos qualitativos e quantitativos, validando o estudo e ao mesmo tempo, compreendendo alguns elementos da relação síndrome *Burnout* e sofrimento psíquico no trabalho do médico oncologista.

A associação de abordagens e instrumentos qualitativos e quantitativos permitiu superar alguns problemas ligados à utilização isolada desses métodos. A abordagem exclusivamente quantitativa poderia empobrecer a realidade social, reduzindo-a aos fenômenos que podem ser mensuráveis, correndo-se o risco de “sacrificar o significado no altar do rigor matemático” (Dilthey, apud Minayo, 1996).

A metodologia do tipo qualitativo permite incorporar a questão do significado, da interpretação das representações e práticas que se produzem no espaço clínico e na prevenção e promoção da saúde (Minayo, 1996). Nessa compreensão, está incluída a abordagem etnográfica que busca entender o comportamento humano a partir da influência que o contexto exerce o que envolve a cultura daquele meio, crenças, valores, ritos, sentimentos, pensamentos e atitudes.

Por esses motivos, escolhemos utilizar os instrumentos referentes à abordagem etnográfica: observação participante, diário de campo e entrevista em profundidade, sendo o pesquisador quem realizará a maior parte do trabalho de campo.

A entrevista seguirá o modelo clínico-psicológica, cujo roteiro básico inclui questões que possam identificar a percepção dos médicos sobre os possíveis sofrimentos psíquicos presente na sua profissão.

A parte considerada quantitativa será a utilização de um questionário sócio-demográfico e do Inventário da Síndrome de *Burnout* de Maslach(MBI) que permitem avaliar a frequência e intensidade de três aspectos fundamentais da síndrome. Esse Inventário foi traduzido e adaptado para o Português por Robayo-Tamayo (1997), constituído por 22 itens sobre sentimentos e atitudes que envolvem aspectos fundamentais da síndrome, aos quais os indivíduos devem responder de acordo com uma escala de 0 a 6, indicando com que frequência experimentam o conteúdo sugerido pelo item. Os itens medem os três fatores: Esgotamento Emocional, Diminuição da Realização Pessoal e Despersonalização.

A adaptação desse instrumento para o Português envolveu uma amostra de 277 auxiliares de enfermagem e enfermeiros de dois hospitais públicos do Distrito Federal, com uma análise fatorial, técnica dos eixos principais, que resultou na confirmação de 19 itens distribuídos em 3 fatores citados acima.

5.1 Aspectos legais da pesquisa

Atendendo a resolução nº.196/10/1996, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição hospitalar, que analisou e posteriormente liberou o projeto de pesquisa para a sua execução.

5.2 Caracterizando o local da pesquisa: O hospital

O Instituto do Câncer do Ceará, cuja fundação ocorreu em 25 de novembro de 1944, é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos. Ao longo de mais de cinco décadas sempre esteve voltado para o atendimento de pessoas carentes, portadoras de câncer. Na condição de entidade filantrópica, propicia atendimento a cerca de 90% dos casos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O início dos atendimentos a pacientes em situação de pobreza deu-se ainda em 1944, com o tratamento de radioterapia. A partir de 1979 a entidade iniciou os serviços de Prevenção do Câncer e em 1988 acrescentou a quimioterapia. A maior dificuldade ao longo desses anos residia no encaminhamento dos doentes necessitados de cirurgia, face a restrita disponibilização de leitos nos hospitais de Fortaleza para atender casos de pacientes sem recursos, com histórico de câncer e com indicação de cirurgia, quadro que demandava custos maiores em vista do tempo de permanência no hospital.

Esse quadro de dificuldades ensejou o projeto da construção do seu hospital, tomando corpo em 1995, quando a direção do Instituto do Câncer do Ceará decidiu dar início à construção de um prédio de 5 andares, no mesmo local onde já funcionavam os seus serviços de Radioterapia, Prevenção e Quimioterapia. Três anos após, em 1999, estava concluída a parte física do empreendimento, construída dentro dos mais modernos padrões de engenharia.

O advento do Hospital do Câncer propiciou ao Instituto do Câncer do Ceará uma nova dimensão no atendimento aos pacientes e na sua atuação na área

de saúde. A realização desse projeto antigo, de décadas, permite agora que, em seu próprio espaço, possa realizar até seis cirurgias simultaneamente, disponibilizando 140 leitos para atendimento aos doentes de câncer, abrangendo majoritariamente pacientes do SUS, e também, pacientes de convênio e particulares.

O paciente também poderá, no âmbito do Hospital, realizar praticamente todos os exames diagnósticos da doença, através de serviços de imagem, laboratoriais e de tratamento - Radioterapia, Braquiterapia, Quimioterapia, Iodoterapia e Hormonioterapia, que ganharam uma roupagem nova, dentro de um processo de modernização.

Hoje, o Instituto do Câncer do Ceará implantou um novo prédio de seis pavimentos anexo ao hospital que vem a complementar a atuação do Hospital, pois são áreas de consulta e diagnóstico, para a população de convênio e particular. Há, ainda, o ambulatório que atende a população do SUS nas diversas clínicas e uma casa de apoio aos pacientes de outras regiões.

Por fim, a instituição se configura hoje na comunidade médica como unidade hospitalar de referência no tratamento de câncer, em função da estrutura física, dos equipamentos atualizados tecnologicamente, da qualificação dos seus profissionais, especialmente seu corpo médico e de enfermagem e de um componente histórico no trato com seus pacientes, isto é, a humanização que imprime em todas as suas atividades.

5.3 A amostra

O universo da pesquisa é formado por médicos integrantes do quadro clínico e que trabalham nos serviços de oncologia do Hospital do Câncer. O quadro clínico dos médicos é composto por 118 médicos que atuam em diversas áreas da instituição. O critério de seleção para a composição da amostra foi baseada em profissionais estivessem em contato direto com o paciente, ou seja, que fosse estabelecida uma relação médico-paciente.

As clínicas selecionadas foram as conhecidas como: cabeça e pescoço, aparelho digestivo, mastologia, ginecologia, clínica médica, UTI, pediatria, cirurgia plástica reparadora, tórax, TOC, radioterapia, quimioterapia e hematologia.

A amostra foi composta por 50 médicos que participaram efetivamente da pesquisa, tanto a parte quantitativa como qualitativa, pois 60 médicos foram contatados e convidados a participar da pesquisa, contudo 2 médicos expressaram de forma clara o seu desejo de não participar. Outros receberam o inventário, mas não o entregaram após várias tentativas da pesquisadora.

5.4 Procedimento para a coleta dos dados

A entrada na instituição passou primeiramente pela Escola Cearense de Oncologia-ECO que então autorizou e encaminhou para o comitê de ética, seguindo todas as normas da bioética. O projeto foi apresentado à ECO que, inicialmente o

encaminhou ao serviço de psicologia do hospital, pois o projeto passaria primeiro pela análise dessa área. Assim, um psicólogo seria responsável pela pesquisadora para a realização da coleta dos dados. Na reunião com os psicólogos foi apresentada uma ressalva para realização da pesquisa: a espera para o até o final do primeiro semestre (junho ou julho). O hospital estava encerrando uma pesquisa sobre o estresse com todos os funcionários e isso poderia dificultar a aceitabilidade da pesquisa, o que de fato se observou em alguns comentários feitos durante a coleta dos dados.

Nessa reunião, decidimos também refazer o inventário, pois devido ao tempo e disponibilidade destes profissionais a apresentação de um inventario com diversos instrumentos poderia ser um fator de não-participação. Além de terem acabado de participar de um inventario semelhante, então o meu diferencial seria a utilização o MIB (Maslach Inventory *Burnout*) e um questionário socio-demográfico.

Ao MBI seriam acrescentados: uma carta de apresentação da pesquisa, breve resumo da pesquisa, termo de consentimento de participação, questionário de dados sócio-demográficos, informação sobre a confiabilidade dos dados e anonimato dos participantes, que seriam identificados apenas por um código de letras e números.

Ficou acordado com a equipe de psicologia da instituição que sealaria primeiro com os chefes das clinicas selecionadas, primeiramente apresentando a pesquisa e consultando a viabilidade de sua realização, bem como a melhor forma de inserção com a equipe para a participação da coleta dos dados. O primeiro contato com os chefes foi por celular, para em seguida poder agendar um horário e apresentar a pesquisa. Cada chefe de clínica teve disponibilidade especifica, e por alguns foi sugerida a presença nas reuniões de mesa redonda, pois assim poderia

encontrar com toda sua equipe. As clínicas foram : Mastologia, Ginecologia e Urologia.

As clínicas de Pediatria, UTI, Quimioterapia, Intercorrências, Radioterapia, Cabeça e Pescoço, Abdômen e TOC(Tumores Ósseos, Cutâneos e de Partes Moles) foi feita individualmente. Não foi possível contatar com todos estes profissionais, pois cada clínica tem sua escala de horários e turnos.

Para a realização da entrevista, mantivemos a proposta de entrevistar 03 médicos, sorteados após a participação na etapa quantitativa da pesquisa. Os entrevistados foram assim escolhidos a fim de se manter certa neutralidade. Dos três sorteados, dois se recusaram a participar com a alegação de não ter tempo disponível. A primeira entrevista transcorreu com a solicitação de ser breve, pois também estava atrasada para o outro trabalho. No segundo sorteio, os dois médicos concordaram em participar, sem qualquer imposição ou restrição.

A entrevista foi composta por 5 perguntas que envolviam os objetivos desta pesquisa

1. Antes desta pesquisa, o sr.(a) já tinha ouvido falar sobre a síndrome de *Burnout*? Onde?(avalia o conhecimento da síndrome)
2. O que lhe motivou escolher Medicina? Durante o seu exercício profissional, já questionou a sua escolha?
3. Qual a sua compreensão do que seja a Síndrome de *Burnout* ? Condiz com a sua experiência profissional?
4. Compreendendo hoje o que seja a síndrome de *Burnout*. Qual destas características (QUADRO DE SINTOMATOLOGIA DO *BURNOUT*,

apresentado no capítulo 2 e no apêndice B) o(a) sr.(a) observa mais presente na sua prática profissional?

5. Que estratégias percebe utilizar como forma preventiva da síndrome de *Burnout*?

5.4.1 Descrição da análise quantitativa

Os protocolos respondidos foram devidamente codificados e digitados no programa estatístico SPSS com a finalidade de estudar as variáveis estabelecidas para a pesquisa, em função das características sócio-demográficas, dos resultados obtidos nas dimensões que compõem a síndrome de *Burnout* . exaustão emocional e física (EE), despersonalização (DE) e reduzida realização profissional (RP).

Para analisarmos a síndrome de *Burnout* usamos os valores da escala do MBI, desenvolvidos pelo NEPASB (Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre a Síndrome de *Burnout*) que define como Síndrome de *Burnout* a presença de valores acima de 26 para a dimensão Exaustão Emocional (EE), acima de 9 para Despersonalização (DE) e abaixo de 33 para Realização Profissional (RP), nos três critérios citados.

TABELA 1 – Escala do MBI

| EE | DE | RP | Pontos de corte |
|---------|-------|---------|-----------------|
| 26 | 9 | 43 | Alto |
| 16 a 25 | 3 a 8 | 34 a 42 | Médio |
| 15 | 2 | 33 | Baixo |

Legenda: EE= Exaustão Emocional; DE= Despersonalização; RP= Realização Profissional

Fonte: Benevides-Pereira, 2002 p. 77

Considerou-se situação de risco para *Burnout* aquela em que dois dos critérios tivessem sido preenchidos. E o preenchimento de apenas um critério não pode ser considerado situação de risco, tampouco ausência de *Burnout*, que se caracteriza por valores abaixo dos referidos para EE e DE e acima do referido para RP.

As pontuações de média em todas as três subescalas indicam um grau comum de *Burnout* (Gil-Monte, 2001). No entanto, não existe um consenso entre os pesquisadores do tema, quanto aos graus apresentados nas dimensões e a incidência de *Burnout*, nem em relação à ordem de aparecimento dos sintomas, nem quanto a necessidade da presença das três dimensões para caracterizar a síndrome (Mendes, 2002)

5.4.2 Descrição da análise qualitativa

Na análise qualitativa utilizamos dois instrumentos etnográficos, o diário de campo e a entrevista semi-estruturada.

Sobre o diário de campo: foi um instrumento utilizado pela pesquisadora para anotar as suas impressões e percepções durante a realização da coleta dos dados, que viabilizou a captação de informações que não poderiam ser registradas pelos instrumentos quantitativos e/ou as entrevistas. Destacamos três aspectos dessas anotações que registramos como:

- 1) A estrutura física da instituição.
- 2) O desconhecimento sobre a existência da síndrome de *Burnout*
- 3) A equipe- as relações interpessoais como suporte

A transcrição e leitura das entrevistas foram realizadas a fim de analisar o discurso de cada entrevistado e suas particularidades, para então podermos categorizar de acordo com a seqüência das perguntas.

I Diário de Campo

1) A Estrutura Física da Instituição

O hospital do câncer foi construído na área do Instituto do Câncer do Ceará (ICC), sendo um prédio de 5 andares e com alguns anexos que se encontram no quarteirão. Ligado ao hospital, existe um anexo de 6 andares, onde se encontram os consultórios, as salas de exames e quimioterapia para pacientes de convênio e

particular. O 3º e 4º andar são salas de consulta e exame. No 3º andar tem as clínicas de Mastologia, Ginecologia, Cirurgia plástica reparadora e Ultra-som.

No 4º andar, estão as clínicas de Cabeça e pescoço, Otorrino, Tórax, Urologia, Aparelho digestivo, Dermatologia e TOC(Tumores Ósseos, Cutâneos e de Partes Moles).

A sala de espera é ampla, muito bem estruturada e confortável, possui alguns sofás que se complementam e possibilitam atender um grande número de pacientes(imagino uma meia de 30 pessoas)... Existe uma bancada no canto da sala para tomar café, chá e água, além de uma TV de plasma para distrair os pacientes e acompanhantes. O ambiente é agradável e as recepcionistas atenciosas e disponíveis. Os consultórios ficam separados da sala de espera por uma parede, com uma porta que viabiliza a entrada para todas as salas.

Nessa ala das salas, há dois corredores de consultórios e uma pequena mesa que podemos identificar como uma “ilha” onde as auxiliares de enfermagem, coordenadas por uma enfermeira, encaminham os pacientes e auxiliam os médicos. A receptividade das auxiliares à pesquisa foi um facilitador para o acesso aos médicos. Esse ambiente agradável é também o lugar em que os médicos se encontram e trocam idéias e “brincadeiras”.

No 1º andar fica a oncologia clinica e a quimioterapia, onde os pacientes são consultados e acompanhados para serem submetidos à sessão quimioterápica. Sobre a estrutura física, é mantido o mesmo padrão dos outros andares.

Durante o período de coleta dos dados, nos 3º e 4º andares, as salas de espera nunca estavam lotadas, com mais de 10 pacientes. Diferente da realidade do 1º andar que sempre estava com pacientes esperando para serem consultados.

Esse fator que dificultou o acesso aos médicos, pois eles trabalhavam naquele andar e no quinto andar do hospital do câncer- a ala de quimioterapia e intercorrências médicas.

Quando nos dirigimos ao quinto andar do hospital lidamos com outra realidade, as alas são cheias de paciente e com poucos assentos. Os pacientes eram do SUS, provenientes de vários lugares da cidade de Fortaleza e do Estado. As salas de consulta eram divididas para dois profissionais e o acesso aos médicos restrito. Foi marcante a diferença dos ambientes e das enfermeiras, a disponibilidade era menor e a facilidade de informação também restrita. O sentimento era de estar incomodando, pois como interromper uma consulta, quando se via o tamanho da fila e as condições dos pacientes.

A ala da pediatria era no terceiro andar do hospital, com o ambiente tranqüilo, tendo um espaço lúdico para as crianças e poltronas para sentarem. A sala de consulta era maior, mas também era um espaço dividido por 2 médicos.

O outro local de coleta era a casa de consulta ou ambulatório, onde os médicos atendiam aos pacientes do SUS. Espaço com 2 andares, onde o 1º andar tem a recepção e agendamento de consultas, consultórios sala de exames. O 2º andar é para as reuniões médicas (a mesa-redonda) e assistência social.

Observamos integração das diversas áreas do hospital e facilidade na circulação dos médicos, para sair do ambulatório do SUS e ir ao consultório, bastava atravessar a rua

2) O desconhecimento sobre a Síndrome de *Burnout*

A apresentação da pesquisa provocou uma surpresa para a grande maioria da amostra, pois não sabiam sobre a existência da síndrome de *Burnout* e do que “tratava”, fato que também me surpreendeu, pois não imaginava tal desconhecimento na classe médica.

Quando apresentei a pesquisa na primeira mesa-redonda(a sessão clínica) de uma especialidade, somente um médico havia ouvido falar, em um grupo de 8 médicos, tornando-se em seguida motivo de brincadeira entre eles, sobre quem teria a tal síndrome. Todos receberam o inventario e ficaram de entregar na próxima mesa-redonda.

Em outra sessão de mesa-redonda, o desconhecimento da classe médica se repetiu, mas um médico que já havia participado da pesquisa, fez o seguinte comentário: *“Eu também não conhecia, mas depois da pesquisa fui procurar na internet e vi que não tenho isso não...”* (dr. V).

O desconhecimento revelou-se uma constante. Outro médico ao saber o tema da pesquisa, diz para auxiliar de enfermagem que não conhece tal síndrome e que iria estudar para então me responder na pesquisa. Após a explicação dos objetivos da pesquisa, ele se compromete a entregar o inventário no dia seguinte (fato que não aconteceu até o final da pesquisa).

Numa outra mesa-redonda, inicio a minha apresentação perguntando se todos sabiam o que era síndrome de *Burnout*, a resposta que obtenho é o silêncio. Como ninguém respondeu, eles começaram a brincar com os homens implicando com as mulheres para elas responderem e vice-versa. No final, todos assumem o desconhecimento.

Começa a surgir um novo interesse na pesquisa: descobrir se os médicos conheciam a existência da síndrome de *Burnout*. Este questionamento pôde ser checado com os médicos a quem tive acesso direto na apresentação individual da pesquisa. Compreendo como significativa essa informação para o entendimento do quanto esse tema ainda é novo para a classe médica, o que me faz refletir sobre um certo descaso ao cuidado com a saúde mental dessa categoria.

3) A equipe as relações interpessoais como suporte

As equipes apresentavam uma integração que relacionamos a filosofia da instituição, promovendo as mesas-redondas e sessões clínicas, além do interesse em proporcionar o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos funcionários.

Bem como, a criação da Escola Cearense de Oncologia e a promoção de simpósios(como o simpósio de cuidados paliativos e simpósio de psico-oncologia) buscando formas de ampliar as habilidades técnicas.

As mesas-redondas aconteciam semanalmente nas clínicas de mastologia, urologia, ginecologia e Cirurgia abdominal, com a participação de médicos das clinicas de radioterapia, oncologia clinica e cirurgia plástica reparadora. Destacamos com isso, uma maior integração nas equipes, como também um espaço de partilha e troca de experiências.

II Entrevistas

Foram entrevistados 03 médicos, sendo 01 homem e 02 mulheres. Com 02 entrevistados foi observada certa reticência nas respostas, bem como respostas que não eram relacionadas às perguntas feitas. Observamos com isso, posturas defensivas que inviabilizaram uma investigação mais aprofundada.

Considerando cada entrevista como única, decidimos traçar posturas frente à síndrome de *Burnout* e sua profissão. Todas as falas estão no masculino a fim de manter uma maior neutralidade.

6 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

6.1 Caracterização da amostra da pesquisa

6.1.1 As características sócio-demográficas

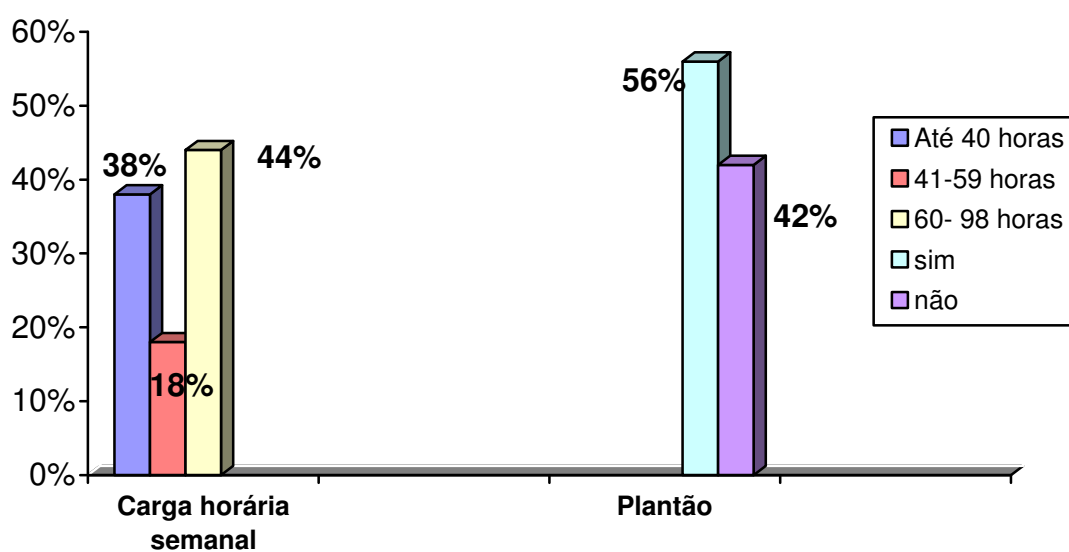
Diante dos dados coletados, podemos descrever que nossa amostra é composta por 68% do sexo masculino e 32% do sexo feminino, sendo a sua maioria casada (78%) e com filhos(66%). A faixa etária varia de 26 anos até 60 anos, estando 44% dos médicos entre 26 e 35 anos e 34% entre 36 e 45 anos, ou seja, é uma população jovem e tida como no ápice de sua produtividade profissional.

O tempo de formado apresenta uma grande variação: de 3 anos até 36 anos, uma diferença que pode proporcionar uma rica troca de experiências entre os profissionais. Sendo a sua maioria, 50% dos pesquisados, com o tempo de formado entre 7 e 15 anos. A maioria dos médicos (74%) tem o título de especialista. O local de trabalho dos médicos é 86% em hospital público (incluindo a fundação do Hospital do Câncer) e consultório particular, ou seja, o médico se divide entre dois contextos de trabalho, que viabilizam uma certa autonomia dos médicos em suas clínicas, como a determinação de dias e horários que podem atender nos seus consultórios e conciliar com o hospital.

O tempo de trabalho por semana gerou a presença de dois grupos, 38% que trabalham até 40 horas e 38 % que trabalham de 60 até 70 horas, confirmando essa divisão dos grupos, observamos que 56% dos médicos trabalham também em

plantões e 42% não. Considerando que os plantões são realizados fora do hospital e em áreas que não são relacionadas à oncologia. Sobre a questão: “quando tirou as últimas férias”, não tivemos nenhum dado significativo, pois todos tiraram férias nos últimos quatro anos. No entanto, alguns profissionais relatam que suas férias, na maioria, são de 15 dias, e as vezes é só de um emprego, continuando a trabalhar em outro.

GRÁFICO 1 – Tempo de trabalho e plantão



Sobre o cuidado com a saúde física, 66% dos médicos praticam atividade física, sendo 28% com a frequência de até duas vezes por semana e 38% praticando atividade física de 3 a 7 vezes na semana.

A maioria dos médicos (84%) tem consciência de que sua profissão afeta a sua vida familiar, mas 74% acreditam que tem qualidade de vida.

6.2 Análise da síndrome de *Burnout*

Para analisarmos a síndrome de *Burnout* usaremos os valores da escala do MBI, desenvolvidos pelo Nepasb que define como Síndrome de *Burnout* a presença de valores acima de 26 para a dimensão Exaustão Emocional (EE), acima de 9 para Despersonalização (DE) e abaixo de 33 para Realização Profissional (RP), nos três critérios citados.

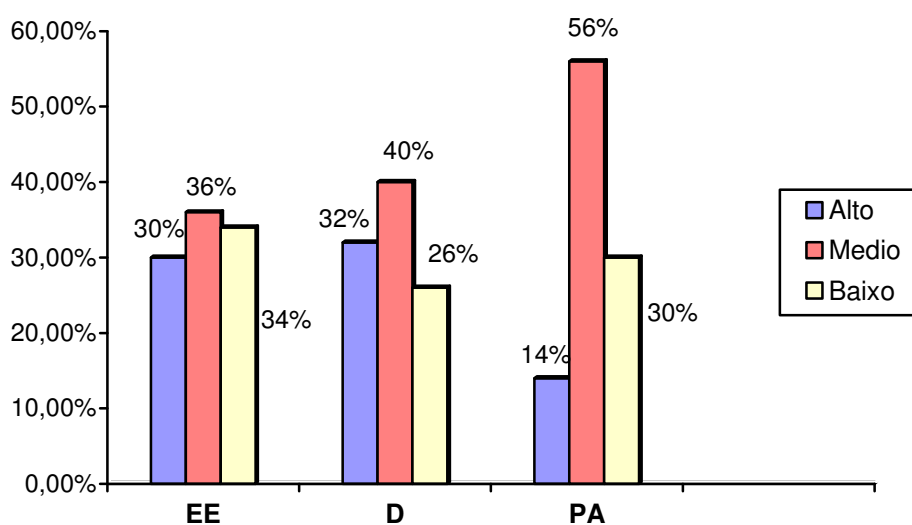
As questões relacionadas à Exaustão Emocional envolvem os itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20 do inventário Maslach(MBI). A Despersonalização é referente às questões 5, 10,11, 15 e 22. E a Baixa Realização Profissional(RP) envolve as questões: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21

A nossa população pesquisada foi submetida à análise estatística do Inventário Maslach de *Burnout*, e apresentou uma distribuição equilibrada entre exaustão emocional, despersonalização nos níveis alto, médio e baixo. Mas no quesito baixa realização profissional, houve uma ênfase no nível médio. Foi utilizado o Teste de Kolmogorov Smirnov para verificar a normalidade das três variáveis: EE, D e PA. Conforme se verifica pelos valores de $p > 0,05$, as três variáveis apresentam distribuição normal.

Pelos valores de p apenas o Fator EE apresentou médias diferentes dentro das três faixas de idade($p=0,004$). Após a aplicação do teste de Turkey,

verificou-se que apenas diferiram as médias da 1ª faixa de idade com a da 2ª ($p=0,003$).

GRÁFICO 2 – Síndrome de *Burnout*



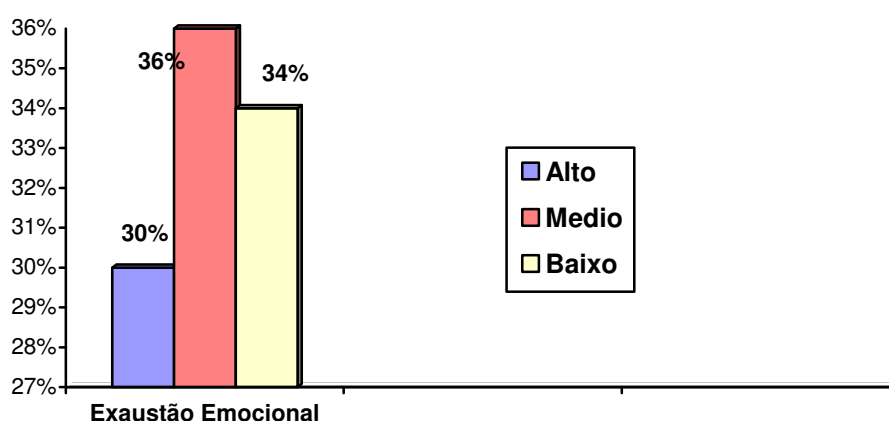
Esses dados apresentam um grau médio da síndrome de *Burnout* nos médicos que trabalham em serviços de oncologia, ou seja, o início da instalação da síndrome de *Burnout*.

6.3 O Inventário Maslach Bunout (MBI)

6.3.1 Exaustão Emocional (EE)

A amostra dos médicos pesquisados apresenta uma exaustão emocional média em 36% dos médicos. (Gráfico 3) Para autores como Gil-Monte e Peiró (1995), Martinez (1997) e Mendes (2002) a classificação média em EE(Exaustão Emocional) reflete o início da Síndrome de *Burnout*. Segundo estes autores, a síndrome se inicia por essa dimensão, seguida pela despersonalização e sentimento de baixa realização pessoal e envolvimento no trabalho. Há também alguns autores que relacionam a exaustão emocional com o estresse laboral crônico (Carlotto e Golbi, 2000). Para Tamayo e Tróccoli(2002), a EE é também a dimensão aceita pelo profissional com mais facilidade e que expressa aspectos consistentes do *Burnout*.

GRÁFICO 3 – Exaustão Emocional



Ao responder a questão: *sinto-me esgotado/a emocionalmente por meu trabalho*, observamos que 34% dos médicos sentem algumas vezes ao mês. Sendo

corroborado com a questão *sinto-me cansado ao final de um dia de trabalho* que apresenta a incidência de 30% para algumas vezes ao mês.

A questão 3: *“quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado/a”* apresenta um aspecto interessante, pois ao responderem, 24% dos médicos só sente isso uma vez ao ano, o que nos faz refletir sobre as motivações em trabalhar, a identificação com a profissão de ser médico. Sendo a ocorrência desse sentimento em algumas vezes por semana, presente em 16% da amostra, o restante se distribuindo de forma igualitária nas freqüências.

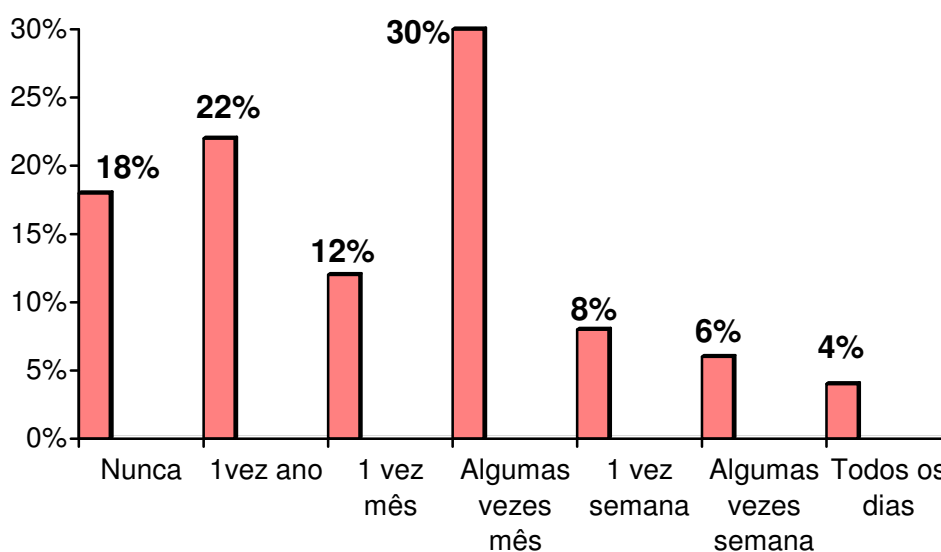
O sentimento sobre o trabalho ser exaustivo não está presente em 10% dos médicos, com 24% sentindo apenas uma vez ao ano. Essa exaustão pelo trabalho se faz presente todos os dias em 8% da amostra e algumas vezes no mês em 18%. Um fato interessante é observado quando comparamos esses dados com a questão: *“sinto que estou trabalhando em demasia”*, que mostra certa distinção, pois essa situação é percebida uma vez na semana em 30% dos pesquisados e uma vez ao mês por 28%. Parece que eles fazem uma diferenciação entre a relação com o trabalho e a intensidade deste.

Com relação ao sentimento de frustração no trabalho, revela-se que 38% dos médicos nunca sentem isso. E 38% só sentem uma vez ao ano. Assinalando o quanto a relação com o trabalho é satisfatória para a população pesquisada.

A questão: *“Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço”*, observa a ênfase nas relações interpessoais como fatores de exaustão emocional que se apresenta como nunca sentida em 14% da amostra e com 34% sentindo apenas uma vez ao ano.

Quando relacionada ao estresse de trabalhar diretamente com pessoas, a variável presente algumas vezes no mês revela-se em 30%, fato que podemos associar ao relato do Dr. R, que apresenta como um dos fatores estressantes a relação com a equipe multiprofissional, onde algumas vezes ocorre uma sobrecarga de tarefas pela falta de atuação de outros profissionais. Evento também relatado pelo Dr. Y, ao observar que o dia em que ele vai trabalhar no local “A”, isso já altera o seu humor, pois é o dia no qual ele tem dificuldades com o seu colega de trabalho, que falta muito e isso acaba provocando uma sobrecarga no seu trabalho.

GRÁFICO 4 – “Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço”



Outro relato aborda a dificuldade na relação com a família do paciente em alguns casos. Como dito “pelo Dr. P: “eles (pais) nos culpam por tudo” e pelo DR. R: “É muito difícil lidar com o paciente quando ele não lhe escuta, você explica tudo e ele te cobra coisas que não tem como mudar, é o percurso da doença”.

A expressão: “sinto que atingi o limite de minhas possibilidades” provocou reações como: “Não, isso nunca!!!”, integrando os 26% que nunca sentem isso, mas

que para 30% dos médicos pode-se chegar a sentir uma vez ao ano. Fato mais associado aos limites técnicos e burocráticos, como a quebra de um aparelho, o tempo de espera para o paciente ser submetido a uma radioterapia ou outros procedimentos do que propriamente ao aspecto emocional e outras questões, como dito pelo Dr.M: *“São as limitações institucionais que me stressam, não o paciente”*.

“Eu levo o paciente para onde eu estou trabalhando, assim fica mais fácil para mim” (relato do Dr. M sobre suas estratégias para lidar com essas dificuldades) Ele continua: *“Aqui é ótimo, você precisa ir é no hospital “V”, lá sim, estão todos sem condições de trabalhar”*.

6.3.1.1 A Exaustão Emocional e suas interações

Como já fora citado na literatura, a exaustão emocional pode ser relacionada a alguns fatores pessoais, como a idade, o tempo de formado, a questão de gênero; bem como, os fatores organizacionais que são relacionados à exposição a situações estressantes como horas de trabalho e plantões.

Para Benevides-Pereira (2002), as características pessoais tais como idade, sexo, nível educacional, estado civil, ter filhos e personalidade, não são em si mesmo desencadeantes do fenômeno, mas facilitadores ou inibidores da ação dos agentes estressores.

Observamos na nossa amostra um maior índice de exaustão emocional alta (45,5%) na faixa etária de 26 a 35 anos. Como é observado em estudos desenvolvidos por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) onde a maior incidência de *Burnout* está presente em profissionais jovens, principalmente nos que ainda não atingiram 30 anos.

TABELA 2 – Exaustão emocional e faixa etária

| | | Exaustão emocional | | |
|--------------|-------|--------------------|-------|-------|
| | | Alto | Médio | Baixo |
| Faixa Etária | 26-35 | 45,5% | 36,4% | 18,2% |
| | 36-45 | 11,8% | 23,5% | 64,7% |
| | 46-50 | 27,3% | 54,5% | 18,2% |
| Total | | 30,0% | 36,0% | 34,0% |

Relacionamos a variável idade com o tempo de formado, pois segundo Benevides Pereira (2002) Mendes (2002) e Zimmermann (1999), quanto maior o tempo de profissão, maior a segurança no trabalho e menor o desgaste físico-emocional em relação à tensão. Essa relação é confirmada na tabela 2, onde a maior incidência está entre os profissionais que tem até 08 anos de formado (85,7%) do seu grupo envolvendo os níveis alto e médio em exaustão emocional. Esses dados são acompanhados pelo grupo que tem de 9 a 14 anos de formado com a porcentagem de 61,6%. A Falta de autoconfiança e uma base de conhecimento inadequada seriam fatores que contribuem com tensão adicional ao processo de tomada decisão, observado na população mais jovem de médicos; o que sugere que estes indivíduos não possuem a experiência de vida profissional necessária, tornando-os mais predispostos a Síndrome de *Burnout*.

TABELA 3 – Exaustão emocional e tempo de formação

| | | Exaustão Emocional | | | Total |
|----------------------|-------|--------------------|-------|-------|--------|
| | | Alto | Médio | Baixo | |
| Tempo de formado/ano | 3-8 | 35,7% | 50,0% | 14,3% | 100,0% |
| | 9-14 | 46,2% | 15,4% | 38,5% | 100,0% |
| | 15-20 | 18,2% | 27,3% | 54,5% | 100,0% |
| | 21-36 | 16,7% | 50,0% | 33,3% | 100,0% |
| Total | | 30,0% | 36,0% | 34,0% | 100,0% |

Para Mendes (2002), o distanciamento dos indivíduos envolvidos no trabalho pode facilitar o aparecimento de recursos de enfrentamento, marcado por comportamentos de evitação, que podem assim elevar ainda mais a sensação de Esgotamento Emocional.

Outra variável observada refere-se ao estado civil que, segundo o autor, geralmente atribui-se ao casamento, ou o fato de se ter um companheiro(a) estável, uma menor propensão ao *Burnout*, ou seja, os maiores valores na síndrome têm sido identificados nos solteiros, viúvos ou divorciados. Aspecto que na nossa pesquisa não se destaca, pois a relação exaustão emocional e estado civil mostra que os solteiros apresentam níveis baixos de exaustão emocional em 45,5% da amostra e a presença de uma pontuação alta em 18,2%. No entanto, no grupo dos casados ressalta-se uma exaustão emocional baixa em 34% e alta em 33,3% do grupo. Existindo uma distribuição equiparada no grupo dos casados que não podemos determinar uma correlação com a exaustão emocional.

O fato de ter ou não filhos, assim como o número desses, são variáveis controvertidas para alguns pesquisadores, como Benevides-Pereira (2002) que considera o fato de ter filhos como motivo de equilíbrio para o profissional,

possibilitando assim, melhores estratégias de enfrentamento das situações conflitivas e dos agentes estressores ocupacionais. No entanto, Vega e Urdaniz (1997) citam um estudo com médicos que não encontram diferenças significativas nesse aspecto, fato corroborado com os dados da nossa pesquisa, que não apresenta nada significativo nessa correlação, onde o grupo que não tinha filhos tem uma pontuação alta em 23,1% deles. E o grupo com 2 ou 3 filhos mostra a pontuação alta em 28,6% de sua amostra.

Referente à questão gênero, não tem ocorrido unanimidade quanto à possibilidade de maior incidência no sexo masculino ou feminino. Mas já é observado por alguns pesquisadores, a prevalência da síndrome de *Burnout* em mulheres médicas.

De um modo geral, algumas pesquisas como de Etzion e Pines(1896) demonstram que as mulheres têm apresentado pontuação mais elevada em exaustão emocional e os homens em despersonalização; diferenças essas que podem ser explicadas pelos papéis socialmente prescritos.

Essa ocorrência é observada na nossa amostra quando apresenta 37,5% das mulheres com um nível alto de Exaustão Emocional e 26,5% dos homens com o mesmo nível.

TABELA 4 – Exaustão emocional e sexo

| | | Exaustão Emocional | | |
|--------------|-----------|---------------------------|-------|-------|
| | | Alto | Médio | Baixo |
| Sexo: | Masculino | 26,5% | 32,4% | 41,2% |
| | Feminino | 37,5% | 43,8% | 18,8% |
| Total | | 30,0% | 36,0% | 34,0% |

Em relação à correlação entre a dimensão Despersonalização e a variável Sexo, observa-se pouca diferenciação entre o gênero masculino e feminino, pois 32,4% da população masculina apresentam nível alto de despersonalização e 31,3% da feminina também.

TABELA 5 – Despersonalização e sexo

| | | Despersonalização | | | Total |
|-------|-----------|-------------------|-------|-------|--------|
| | | Alto | Médio | Baixo | |
| Sexo | Masculino | 32,4% | 41,2% | 26,5% | 100,0% |
| | Feminino | 31,3% | 37,5% | 31,3% | 100,0% |
| Total | | 32,0% | 40% | 28% | 100,0% |

Para Benevides-Pereira (2002), o fato de as mulheres expressarem mais livremente suas emoções poderia ser uma fonte de dificuldades e conflitos, o que permitiria alívio nos sentimentos de raiva, hostilidade e indignação, enquanto no sexo masculino, essas emoções acabariam sendo demonstradas de forma inadequada, após atingir um nível insuportável.

Outra variável importante é a carga horária e a exaustão emocional. Considerando a carga horária como um fator de interferência, o que na nossa amostra o efeito é contrário, a maior incidência de exaustão emocional está com o grupo que trabalha até 40 horas(42,1%). O mesmo sendo considerado com a variável plantão quem não faz plantão tem um índice maior de exaustão emocional (42,9%) do que quem faz plantão. Os plantões são feitos fora do hospital pesquisado e fora da especialidade oncológica. O que nos faz refletir sobre os mecanismos em

que estão se apoiando esses 2 grupos, no sentido de enfrentamento. Como dito pelo Dr. P: “*O meu plantão é onde eu recarrego, pois lá eu só lido com vida...*” O local de seu plantão é uma maternidade e a sua clientela são crianças recém-nascidas e que se recuperam rapidamente.

TABELA 6 – Exaustão emocional e carga horária

| | | Exaustão Emocional | | | Total |
|----------|--------|--------------------|-------|-------|--------|
| | | Alto | Médio | Baixo | |
| Carga | Até 40 | 42,1% | 47,4% | 10,5% | 100,0% |
| Horária/ | 41- 59 | 22,2% | 22,2% | 55,6% | 100,0% |
| Semanal | 60-98 | 22,7% | 31,8% | 45,5% | 100,0% |
| Total | | 30,0% | 36,0% | 34,0% | 100,0% |

Um trabalho realizado em 2004 pelo Departamento da Cirurgia da Universidade da Califórnia avaliou a incidência da Síndrome de *Burnout* em residentes e corpo clínico da Cirurgia, antes e após a redução da carga horária (100h/semana para 82h/semana). Não ocorreram mudanças na carga horária de atividades do Centro Cirúrgico, plantões e atendimento clínico. As reduções se concentraram principalmente nas chamadas domiciliares e na educação formal (conferências). Não houve diferença significativa na incidência de *Burnout* antes e após a redução desta carga horária (Gelfrand, et. al, 2004).

O mesmo observa-se nos dados de nossa amostra que ao relacionar exaustão emocional com a realização de plantão e uma carga horária superior às 40h/semanais, é encontrada uma incidência menor do que no grupo que não realiza

plantão e trabalha até 40 horas/semanais. Fato que podemos relacionar ao exercício do plantão ser fora do hospital e em outra especialidade que não oncológica.

Maslach e Leiter (1999) confirmam que, ao sentirem-se exaustos, os profissionais relatam um sentimento de sobrecarga física e emocional acompanhada de dificuldade para relaxar referindo um estado de fadiga diário. Schaufelli e Buunk (2003) complementam que, quando exaustos, os recursos internos dos profissionais para enfrentar as situações vivenciadas no trabalho, assim como a energia para desempenhar as atividades, encontram-se reduzidos.

Para Gil-Monte (2002), a classificação alta em exaustão emocional reflete a incidência da síndrome. O autor acredita que a síndrome se inicia por essa dimensão que, posteriormente, causa a despersonalização, como uma defesa para amenizar a exaustão ou o esgotamento emocional, levando então ao sentimento de baixa realização pessoal no trabalho e ao baixo envolvimento pessoal. Esse processo também é considerado por Maslach e Leiter (1999).

Segundo Rossi (2003), o profissional que sofre de *Burnout* apresenta exaustão física e mental, sente-se sem recursos para dar continuidade aos seus projetos, relata forte cansaço, desencadeando problemas emocionais e de relacionamento na vida pessoal e profissional.

Torna-se pouco provável não haver desgaste do profissional, se esse infringe seus limites físicos e emocionais. O relato do Dr. P exemplifica esses limites quando descreve a sua sobrecarga de atividades e destaca ainda o trabalho como pediatra que o coloca em contato contínuo com o sofrimento e a morte de crianças. Esses dados corroboram com o que tem sido referido na literatura sobre essas

sobrecargas serem uma das principais causas do *Burnout* em profissionais de saúde.

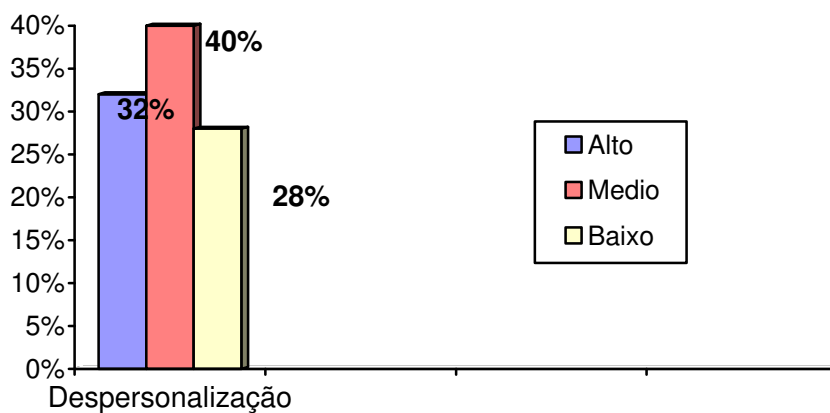
Talvez a hipótese de que ocorra uma inter-relação entre os sentimentos de onipotência e impotência na dinâmica afetiva dos profissionais deva ser considerada para a compreensão do fenômeno *Burnout* presente na população dessa pesquisa. Conforme Schaufeli e Buunk (2003), a exaustão emocional respalda-se na redução dos recursos internos causados por demandas interpessoais.

Para Schaufeli e Enzman (1998) as diferenças de personalidade fazem com que os sinais e os sintomas apresentem-se de diferentes formas e graus de intensidade. Desta forma, evidências empíricas subsidiam discussão sobre as possíveis variáveis responsáveis pelo desencadeamento do *Burnout*. (Gil-Monte, 2002; Schaufeli e Buunk, 2003).

6.3.2 Despersonalização

A Despersonalização busca analisar a mudança de atitude que leva o profissional a um contato frio e impessoal com os usuários de seus serviços, que em nosso caso, é a população médica com seus pacientes. Observam-se atitudes de cinismo e ironia em relação às pessoas e indiferença ao que pode vir a acontecer com os demais.

GRÁFICO 5 – Despersonalização



A amostra da pesquisa apresenta uma distribuição equilibrada nos três níveis de análise, pois 32% da amostra mostram um alto nível de Despersonalização, sendo 40% com nível médio e 28% nível baixo.

Os resultados das respostas na questão 10: *“Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho”* evidenciam que os profissionais da amostra, que apresentam alta classificação em **DE**, percebem que o trabalho leva-os a tornarem-se mais insensíveis com as pessoas. Esse dado na nossa amostra não se destaca, pois 36% dos médicos só o expressam uma vez ao ano e 24% nunca sente isso.

Para Maslach e Leiter (1999), a despersonalização é um recurso utilizado pelo profissional para enfrentar a exaustão emocional e física por ele vivenciada. Segundo o Dr. G, ele nunca se percebe sendo insensível com seus pacientes.

Em relação a *“tratar alguns pacientes como se fossem objetos impessoais”* (questão 5), os resultados demonstram que 23 médicos pesquisados (46,%) afirmam nunca (valor zero da escala) terem tratado os pacientes como

objetos impessoais e 1 sujeito (2,%) afirma que algumas vezes na semana tem tratado os pacientes como objetos impessoais.

A utilização do valor zero da escala para responder à pergunta pode ser também observado na questão 11 (*“Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente”*), onde 26% da amostra a marca como resposta (isso nunca acontece). E 32% se preocupam uma vez ao ano com essa questão, mas 24% dos médicos têm essa preocupação de uma vez a algumas vezes ao mês, o que pode refletir uma atenção a sua saúde emocional. Mas 2 médicos (4%) apresentam essa preocupação todos os dias.

Segundo Tamayo e Tróccoli (2002), a interferência da desejabilidade social nas respostas dadas pelos sujeitos aos itens que desafiam diretamente a imagem profissional de quem trabalha com pessoas.

No entanto, na questão 15 que expressa: *“Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendo”*, item em que isso nunca acontece com 64% da amostra pesquisada, demonstrando um cuidado e interesse pelo paciente. Mas como um médico vai assumir essa questão, se ele sabe que o seu papel é cuidar dos seus pacientes? Esse questionamento é observado pela identidade e identificação com a escolha profissional de ser médico.

Na amostra, 20 médicos da pesquisa (40%) sentem uma vez ao ano que *“os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas”*. Sendo 12% dos médicos sentindo na freqüência de algumas vezes ao mês. Como relatado pelo Dr. P: *“os pais nos culpam por tudo, se ele adoece é culpa dos médicos, se ele piora também e se o médico cura, não fez mais que a obrigação dele”*.

Gil-Monte (2002) relata que, na Espanha, estão sendo desenvolvidas pesquisas com médicos para avaliar o nível de sentimento de culpa desencadeado quando apresentam a dimensão despersonalização e afirma que a presença do sentimento de culpa pode levar a uma diminuição da realização profissional.

Sobre a temática Despersonalização nos profissionais da pesquisa, observamos que eles não são afetados de forma marcante pelos sentimentos de despersonalização como insensibilidade e sentimentos negativos com seus pacientes, podendo não intervir na qualidade de sua relação com o paciente.

A falta de espaço para o profissional expor e entender os sentimentos e as situações que vivencia no dia-a-dia de uma instituição hospitalar pode favorecer o processo de *Burnout*. Isso é possível de acontecer principalmente nos jovens, em início de carreira, que querem apresentar todo seu potencial com a intenção de serem aceitos na instituição. A responsabilidade frente às pessoas e o trabalho em contato contínuo com o sofrimento e a morte são pontos associados ao desgaste emocional e à despersonalização (Lautert, 1997; Ross, Altmaier e Russel, 1989; Pitta, 1991; Peiró, 1992).

Para o Dr. R lidar com a morte não é fator de exaustão e sim lidar com o paciente e sua família, mas para o Dr. P é justamente o lidar com as mortes que lhe provoca exaustão, ou seja, a forma como cada profissional reage e se estrutura para as situações estressantes é pessoal.

Podemos também associar essas reações ao conceito de *coping*. Esse conceito, para Parkes (1994) e Terry (1994), é um construto multidimensional que envolve uma grande variedade de estratégias cognitivas e comportamentais que

podem ser utilizadas para alterar, reavaliar e evitar circunstâncias estressantes ou para aliviar os efeitos adversos.

Após uma revisão de literatura que aborda a relação entre *Burnout* e *coping*, Gil-Monte e Peiró(1997) concluíram que o uso de estratégias de *coping* de controle ou centradas no problema previne o desenvolvimento do *Burnout*. Enquanto que, a utilização de estratégias de escape, evitação ou centradas na emoção facilita a sua aparição.

A disponibilidade de recursos de *coping* modera a relação entre os estressores e a exaustão emocional (Cordes e Doughherty, 1993)

6.3.2.1 A Despersonalização e suas interações

Quando relacionamos as variáveis faixa etária e despersonalização, observamos que 45,5% do grupo de jovens médicos apresentam alta despersonalização.

TABELA 7 – Despersonalização e faixa etária

| | | Despersonalização | | | Total |
|--------------|------------|-------------------|-------|-------|---------|
| | | Alto | Médio | Baixo | |
| Faixa Etária | 26-35 anos | 45,5% | 27,3% | 27,3% | 100,00% |

| | | | | |
|------------|-------|-------|-------|---------|
| 36-45 anos | 17,6% | 41,2% | 41,2% | 100,00% |
| 46-60 anos | 27,3% | 63,6% | 9,1% | 100,00% |
| Total | 32,0% | 40,0% | 28,0% | 100,00% |

A variável tempo de formado e Despersonalização corrobora com as inferências de outras pesquisas sobre a exaustão emocional provocar a despersonalização, fato que é observado na nossa pesquisa, quando 50% da população, que tem de 3 a 8 anos de formado, apresenta alto nível de despersonalização.

A despersonalização é maior em quem acha que não tem qualidade de vida, representando 50% de uma amostra de 12 médicos em contraponto a 37 médicos que acham que tem qualidade de vida e apresentam 27% de alta despersonalização.

TABELA 8 – Despersonalização e qualidade vida

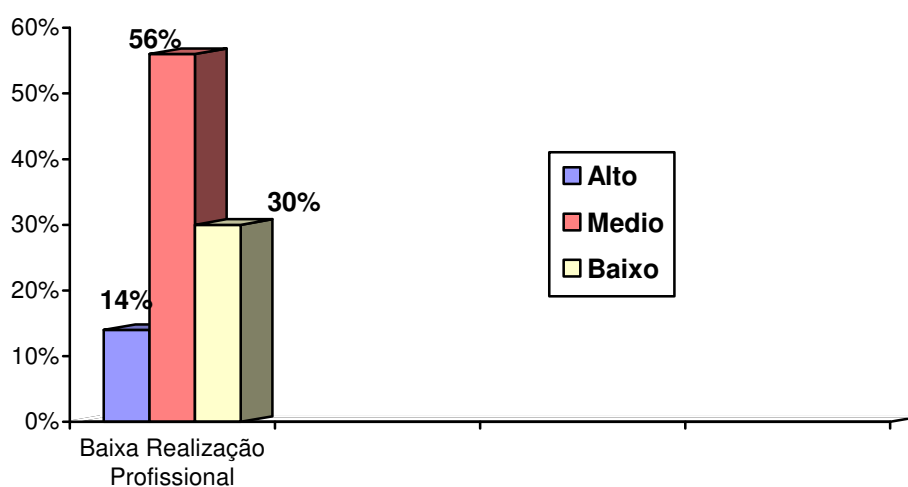
| | | Despersonalização | | | Total |
|-------------------|-----|-------------------|-------|-------|-------|
| | | Alto | Médio | Baixo | |
| Qualidade de vida | Sim | 27% | 40,5% | 32,4% | 100% |
| | Não | 50% | 41,7% | 8,3% | 100% |
| Total | | 32,7% | 40,8% | 26,5% | 100% |

6.3.3 Baixa Realização Profissional

Na literatura científica encontramos duas terminologias para essa questão, baixa realização pessoal e baixa realização profissional, optamos pelo uso de baixa realização profissional que é usada por Benevides-Pereira (2002).

A amostra pesquisada apresenta pontuação média em 56% dos médicos, sendo baixa em 30%.

GRÁFICO 6 – Baixa Realização Profissional



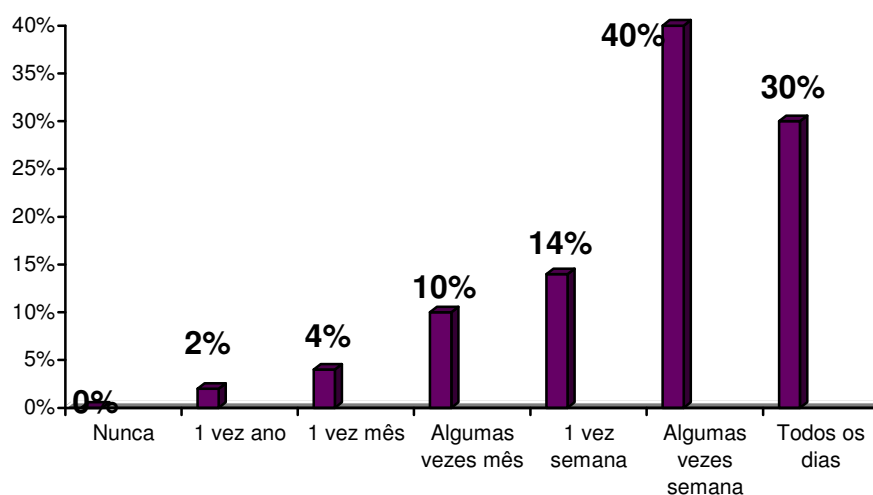
Maslach e Leiter (1999) destacam que a reduzida realização profissional no trabalho é expressa quando o profissional se sente ineficiente e experimenta um sentimento crescente de fracasso: perde a confiança na própria capacidade de desenvolver o seu trabalho e, à medida que não tem confiança em si mesmo, seus colegas também perdem confiança nas atividades por ele desenvolvidas. Essa

questão também pode ser direcionada para os recém-formados que estão iniciando a sua prática e não tem a sua estabilidade profissional fortalecida

Carlotto (2002) complementa que existe uma correlação inversa entre *Burnout* e satisfação nas atividades ocupacionais desempenhadas. Tamayo e Tróccoli (2002) confirmam que a concepção do *Burnout* é um desajuste entre a pessoa e o trabalho sendo uma visão do fenômeno menos centrado no relacionamento com o usuário e mais focalizado nos aspectos organizacionais, identificando seis fontes de desajuste pessoa-trabalho: sobrecarga de trabalho, falta de controle, recompensa insuficiente, falta de convivência coletiva, falta de justiça e conflito de valores.

Quando observamos os resultados da questão 19: '*Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão*', mostrando que 20 médicos(40%) da pesquisa sentem a realização profissional bem sucedida em algumas vezes na semana, com 30% sentindo isso todos os dias, temos que a metade da amostra se considera realizado e satisfeito profissionalmente. Somente 1 sujeito(2%) que participa da pesquisa nunca sente isso. Podemos observar que os sentimentos de inadequação e insatisfação não estão presentes na população estudada.

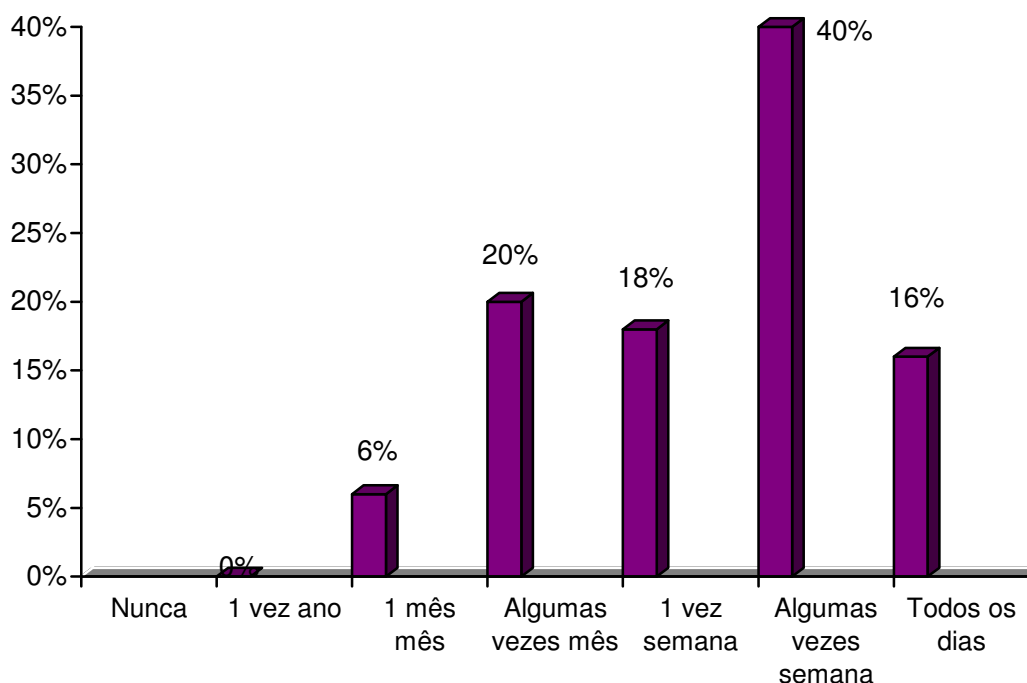
GRÁFICO 7 – Q.19 Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão



Os resultados da questão 21, que aborda o sentimento de saber tratar de forma adequada os problemas emocionais no seu trabalho, apresentam dados que complementam as informações da amostra sobre a baixa incidência dos problemas emocionais vivenciados pelos médicos no desempenho de seu trabalho. Pode ser observada uma tendência maior dos profissionais que sabem lidar de forma adequada com os problemas emocionais no trabalho na frequência mensal, ou seja, 17 profissionais (34%) pesquisados afirmam sentir que sabem tratar adequadamente os problemas emocionais nas situações de trabalho algumas vezes na semana, e 16% que o sentem diariamente. Ou seja, 50% da amostra dizem saber lidar com os problemas emocionais no seu trabalho.

Os resultados referentes à expressão: “*Sinto-me com muita vitalidade*” revelam que 30% dos médicos sentem vitalidade algumas vezes na semana. Cabe enfatizar que a vitalidade, mesmo não sendo observada diariamente, não interfere de forma negativa na forma que os médicos da amostra pesquisada interagem com seus pacientes, pois 40% destes profissionais sentem que: “*trabalhar com pacientes em contato direto os estimulam e motivam*” (questão 18) algumas vezes por semana.

GRÁFICO 8 – Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes



Segundo Benevides-Pereira (2002) há indicação da presença de *Burnout* em trabalhadores altamente motivados que reagem ao estresse laboral trabalhando ainda mais, desenvolvendo sinais de exaustão. Os dados da questão 7 evidenciam que todos os dias 14 sujeitos pesquisados (28%) “lidam de forma eficaz com os problemas de seus pacientes” e 44% sentem algumas vezes na semana. A questão 17 já nos mostra que 21 profissionais (42%) sentem algumas vezes na semana que “podem criar facilmente uma atmosfera relaxada para os clientes de seu serviço”.

De acordo com os resultados obtidos, 44% da amostra, ou seja, 22 médicos, “sentem que podem entender com facilidade o que sentem os seus pacientes”.

É possível observar que dos 50 médicos que participam da pesquisa, 22 (44%) sentem que “*influenciam positivamente a vida de outros através de seu trabalho todos os dias*”.

6.3.3.1 A Baixa Realização Profissional e suas interações

O Tempo de formado e a baixa realização profissional não são significativos como esperávamos, pois a prevalência se mostra no nível médio da amostra.

TABELA 9 – Tempo de formado e Baixa realização profissional

| | | Baixa Realização Profissional | | | Total |
|------------------|------------|-------------------------------|-------|-------|--------|
| | | Alto | Médio | Baixo | |
| Tempo de formado | 3-8 anos | 7,1% | 57,1% | 35,7% | 100,0% |
| | 9-14 anos | 15,4% | 69,2% | 15,4% | 100,0 |
| | 15-20 anos | 9,1% | 54,5% | 36,4% | 100,0% |
| | 21-36 anos | 25,0% | 41,7% | 33,3% | 100,0% |
| Total | | 14,0% | 56,0% | 30,0% | 100,0% |

A variável qualidade de vida em relação à baixa realização profissional surpreende quando o grupo que responde não ter qualidade de vida apresenta 0% no nível alto de manifestação de baixa realização profissional.

Maslach e Leiter (1999) demonstram que, quando os trabalhadores sofrem de desgaste físico e emocional, eles não são os únicos responsáveis pela fadiga, pela raiva e pela atitude de indiferença que adotam. Para esses autores, tal desgaste é sinal de uma disfunção importante no ambiente das organizações e, portanto, revelam mais sobre o local de trabalho do que sobre os que nele trabalham. Como dito pelo médico P: “ *No outro hospital que eu trabalho é cada um por si*” .

6.4 Lidando com a Síndrome de *Burnout*

Cada entrevistado apresenta uma postura que classificamos de forma representativa como “cientista”, “evitador” e “compassivo”. Mesmo com posturas diferentes observamos pontos em comum acerca da compreensão sobre a síndrome de *Burnout* e suas atitudes.

Os médicos entrevistados já conhecem a síndrome por informações diretas e indiretas como:

Sim, eu já conhecia... como, por relatos, literatura e no hospital em que eu fazia residência também já havia sido feita uma pesquisa. (Dr. R)

Já tinha conhecimento sobre a síndrome de burnout, num artigo científico... (Dr. P)

Eles trazem uma percepção sobre a Síndrome de *Burnout* e sua influencia no comportamento e compreensão das dimensões da síndrome com relação a sua própria vivencia profissional.

Me ajudou muito, pois eu antes achava que era descompensada, que era uma coisa individual minha, que não tinha estrutura para viver uma situação desta. (Dr. P).

È uma síndrome altamente prevalente. (Dr. R)

As estratégias utilizadas, pelos profissionais entrevistados para lidarem com a Síndrome de *Burnout*, podem ser relacionadas a dois quesitos: 1) o suporte organizacional que possibilita uma autonomia aos profissionais e 2) a viabilidade de um outro tempo, uma outra atividade, um outro espaço para ser humano.

Segundo o relato dos entrevistados é unânime a estratégia usada de fazer uma atividade fora do contexto de trabalho, a importância de ter uma vida fora da profissão.

O meu conselho é tenha uma atividade extra. Insira na sua rotina essa atividade para poder ter um tempo pra si. (Dr. R).

A minha estratégia preventiva foi sempre liberar horários livres pra outras atividades, eu sabia que para ter qualidade de vida é preciso ter um tempo livre e amigos que não sejam da área, para se ficar só falando de trabalho. (Dr. E).

O espaço organizacional no hospital do Câncer é um diferencial como suporte organizacional, pois como é dito por Farias e Vaitsman (2002), as organizações de saúde compartilham características como: a autonomia dos médicos e a centralidade de seu lugar na hierarquia organizacional. Entretanto não podemos esquecer que algumas evidências sugerem que médicos que desempenham seu trabalho em organizações hospitalares públicas referem desgaste físico e emocional.

A exaustão emocional é percebida e quando possível eles usam algumas estratégias:

A minha forma é desmarcando o consultório, ficando mais com a família...(Dr. R)

Eu vou pra academia, faço todas as atividades agitadas e aí descarrego....Não chego em casa e descarrego na comida, né?!(Dr. P)

Eu cuido mais do meu lazer, não abro mão do meu final de semana com a família. (Dr. E)

Quando questionados se já haviam pensado em mudar de área, a resposta foi positiva em 2 dois entrevistados.

Sair da área clinica sim e ficar só com a pesquisa, porque você fica mais com a doença e distante do paciente, de todo o aspecto emocional. Mas não dá para viver só de pesquisa... (Dr. R)

Quando se está no limite do estresse passa a possibilidade de mudar sim, mas nada no concreto. É como a vontade de fazer algo diferente, tipo cortar o cabelo, ir no shopping e aí passa.....(Dr. P)

Quando nos referimos a suporte organizacional, estamos falando de crenças e expectativas do individuo acerca da retribuição e do reconhecimento dado pela organização ao seu trabalho. A percepção de suporte organizacional depende do mesmo processo de atribuição que as pessoas utilizam, geralmente, para definir o comprometimento dos outros as relações sociais(Eisenberger, Huntington, Hutchison e Sowa, 1986).

A relação entre exaustão emocional e o suporte fornecido pela organização tem sido tratada em alguns estudos sobre *Burnout*. Aiken e Sloane(1997), por exemplo, desenvolveram uma pesquisa com uma amostra de 955 enfermeiros. Esses autores verificam que aquelas lotadas em unidades especializadas no atendimento a pacientes adéticos apresentam menor exaustão

emocional e percebem que o suporte oferecido pela organização permite ter maior autonomia e controle sobre seu trabalho.

Para Eisenberger et. al (1986) e Schein (1982), o valor dado pelos trabalhadores ao suporte organizacional decorre da atribuição de características antropomórficas a organização, considerando que os empregados tendem a ver as ações dos agentes das organizações como ações da própria organização. A organização não atua como uma entidade abstrata, ao contrario, ela atua por meio do comportamento individual de membros-chave que ocupam posições de gerência ou liderança.

Tanto o estresse ocupacional quanto o *burnout* e a exaustão emocional são manifestações de tensão no trabalho e são produtos da interação entre fatores ambientais, percepções e comportamentos do indivíduo. Estas manifestações não residem isoladamente dentro do ambiente ou dentro do indivíduo, mas são o resultado de transações dinâmicas que ocorrem entre esses elementos (Cooper, Dewe & O.Driscoll, 2001).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nessa pesquisa viabilizam uma maior compreensão sobre a prevalência da síndrome de *Burnout*, que se apresenta em 32% dos profissionais com a classificação média para *Burnout*. Esses dados demonstram que existe um processo em curso, com alto risco para a manifestação da síndrome, que é verificada pela classificação alta nas dimensões exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e classificação baixa para realização profissional (RP).

Um aspecto descoberto na pesquisa é o desconhecimento de muitos médicos sobre a existência desta síndrome, mostrando o quanto existe um desconhecimento sobre os cuidados com a sua saúde mental, o que não se observa com a saúde física já que 66% da amostra praticam uma atividade física. Observamos também um investimento maior para os aspectos físicos e estruturais da instituição, o que possibilita um suporte organizacional para a saúde da instituição, já que o aspecto organizacional também é um fator de influência para a manifestação do *Burnout*.

As estratégias usadas são outro fator de reflexão, pois o distanciamento do profissional pode ser uma estratégia de enfrentamento para que não se chegue aos extremos do *Burnout*.

Sobre a realização da pesquisa, cabe salientar que fatores burocráticos da organização assim como os horários de alguns profissionais não serem acessíveis, dificultou a plena realização da pesquisa. Entretanto, estes aspectos não foram impeditivos para o desenvolvimento do estudo e contribuíram para ampliar a percepção do contexto no qual estão inseridos os sujeitos.

As limitações da pesquisa foram identificadas desde o início pela inviabilidade do uso de todos os instrumentos da pesquisa, além da realização das entrevistas terem sido limitadas pelo pouco tempo de disponibilidade dos profissionais.

Essa pesquisa possibilita uma reflexão maior acerca do tema e configurações próprias que a nossa realidade apresenta. Por isso, recomenda-se a realização de estudos longitudinais com objetivo de aprofundar que processos podem ser específicos do desenvolvimento da síndrome em médicos que trabalham nos serviços de oncologia, bem como uma extensão a outros grupos de especialidades dentro da medicina.

Sugere-se que o tema saúde no trabalho seja incluído nos currículos universitários das escolas de medicina com o objetivo de informar e prevenir, já na vida acadêmica, sobre os fenômenos que possam levar o profissional a adoecer. Bem como o desenvolvimento de redes de apoio social, formando grupos de discussão entre os médicos, oportunizando assim, reflexões entre os membros para a implementação de recursos pessoais e ambientais, que propiciem melhoria na qualidade de vida dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- Achterberger, J. (1996). **A imaginação na cura**: xamanismo e medicina moderna. São Paulo: Summu.
- Aiken, L. H., & Sloane, D.M. (1997). Effects of organizational innovations in aids care on burnout among urban hospital nurses. **Work and Occupations**, 24, 453-477.
- Albornoz, S.(1994). **O que é trabalho**. São Paulo:Brasiliense
- Alvarez, E. & Fernandez, L. (1991). El síndrome de *Burnout*: o el desgaste profesional (I e II). **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, 11 (39), 257-273.
- Arouca, A. S. S. (1975). **O Dilema Preventivista** – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Campinas, São Paulo, Campinas.
- Balint M (1988). **O Médico Seu Paciente e a Doença**. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). **Burnout**: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). Estudo do *Burnout* em um grupo de psicólogos que trabalham no município de Madri (Espanha). **Psicologia em Estudo, Maringá**, 6 (1),
- Berndtsson, K. (2003) Prevenindo o *burnout*: a abordagem da Volvo. In: III. Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Anais. Porto Alegre.
- Blachly, P.H.; Disher, W. & Roduner, G. (1968). Suicide by physicians. **Bulletin of Suicidology**. 1-18
- Borges, L. O; Argolo, J. C. T; Pereira, A. L. S.; Machado, E. A. P & Silva, W. S. A. (2002). Síndrome de *Burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15 (1), 189-200.
- Brant, L. C & Minayo, C. G. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1), 213-223.
- Buckman H. B & Frankel R. M. (1984). The effect of physician behaviour on the collection of data. **Ann Intern Med**, 101, 692-96.
- Canadian Medical Association. (2003). **CMA guide to physician health and well-being: facts, advice and resources for Canadian doctors**. Ottawa:
- Capitao, C G. (1998). Saúde mental: sofrimento e trabalho. **Revista de Psicologia Hospitalar**, 8, 152.
- Camelo, S. H. H. & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 12 (1).
- Cadiz, B. T. G. et al. (1997). *Burnout* profesional: Un problema nuevo? Reflexiones sobre el concepto y su evaluación: **Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones**, 13 (1), 23-50.

- Caprara A, Franco LSA (1999). A Relação paciente-médico. Para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública** 15 (3):647-654.
- Carlotto, M. S. & Gobi, M. D. (2000). Síndrome de *Burnout*: um problema do indivíduo ou de seu contexto de trabalho? **Aletheia**, (10), 103-114.
- Chacon R. M. & Grau A. J. (1997). *Burnout* em em enfermeros que brindan atencion a pacientes oncologicos. **Ver. Cuba Oncol.**, 13 (2), 118-125.
- Cohn, A. & Marsiglia, R. G. (1994). - Processo e Organização do Trabalho. In L. E. Rocha; R. M. Rigoto & J. T. P. Buschinelli (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** vida, doença e trabalho no Brasil. (pp. 56-75). Petrópolis: Vozes
- Codo, W & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é *Burnout*? In Codo (Org). **Educação, carinho e trabalho**. (pp. 237-255). Rio de Janeiro: Vozes,
- Cohen M. Z. (1995). The meaning of câncer and oncology nursing: link to effective care. **Sem. Oncol. Nurs.**, 11 (1), 59-67.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O.Driscoll, M. P. (2001). **Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications**. London: Sage.
- Cusimano, M. D., Yonke, A. N. & Tucker, W. S. (1999, Aug.). An analysis of attrition from Canadian neurosurgery residency programs. **Academic Medicine**, 74 (8).
- Dejours C. (1992). **A loucura do Trabalho**. São Paulo: Ed. Cortez.
- Dejours C. (1994). **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Ed. Atlas.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. **Revista de Saúde Ocupacional**, 14 (54), 7-11.
- Edwards N et al. (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? **BMJ**, 324, 835-838.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. **Journal of Applied Psychology**, 71, 500-507.
- Enriquez, E. (1999). Perda do trabalho. Perda da Identidade. In M. R. Nabuco & A. Carvalho Neto, (Orgs.) **Relações de trabalho**: contemporâneas. (pp.69-83). Belo Horizonte: IRT da PUC de MG.
- Farias, L. O. & Vaitsman, J. (2002, set./out.). Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (5): 1229-1241.
- Formighieri, V. J. (2003). ***Burnout* em fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico**. Dissertação Mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Santa Catarina, Florianópolis.
- Farber, B. A. (1991). **Crisis in education**. Stress and *Burnout* in the American teacher. São Francisco: Jossey – Bass,.
- Ferreira, A. B. H. (1993). **Dicionário da Língua Portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.

- Freudenberg, H. J. (1974). Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, **30** (1), 159-165.
- Garrosa-Hernández, E., Benevides-Pereira, A. M. T., Moreno-Jiménez, B. & González, J. L. (2002). Prevenção e intervenção na síndrome de *burnout*: como prevenir (ou remediar) o processo de *burnout*. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador* (pp. 227-271). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gelfrand, D. V.; Podnosw Y. D. , Carmichael, J. C. & Saltzman, D. J. (2004) Effect for the 80 –our workweek on resident *Burnout*. **Arch Surg.**, **139** (9), 933-938.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. M. (1997). **Desgaste psíquico em el trabajos**: el Síndrome de Quemarse. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el trabalho. **Anales de la Psicología**, **15** (2), 261-268.
- Goleman, T. B. (2001). **Emotional Alchemy**. Harmony books, New York.
- Guimarães, L. A. M. & Ferreira Junior, M. (2000). Condições ligadas ao trabalho. In R. Fráguas Junior, & J. A. B. Figueiró. **Depressões em Medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. (pp. 303-310). São Paulo: Editora Atheneu, São Paulo.
- Heloani, J. R. & Capitão, C. G. (2003). **Saúde mental e Psicologia do trabalho. São Paulo em Perspectiva**, **17** (2), 102-108.
- Iwanicki, E. F. (1983). Toward understanding and alleviating teacher *Burnout*: **Theory into practice**, **22** (1), 27-32.
- Jaspers K (1991). **Il medico nell'età della tecnica**. Raffaello Cortina Editore, Milano
- Ktnusen, E.J. (1977). On the emotional well-being of psychiatrists: Overview and rationale. **American Journal of Psychoanalysis**, **37**, 123-129
- Kurowski, C. M. & Moreno-Jiménez, B. (2002). A síndrome de *Burnout* em funcionários de instituições penitenciárias. I: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador** (pp. 213-225). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lancman, S. & Ghirardi, M. I. G. (2002). Pensando novas práticas em Terapia ocupacional, Saúde e Trabalho. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, **13** (2),44-85.
- Lautert, L. O. (1995). **O desgaste profissional do enfermeiro**. Salamanca: Universidade Pontifícia Salamanca.
- Leshan, L. (1992). **O câncer como ponto de mutação**: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Summus.
- Levi, L. (2003). O guia da comissão europeia sobre stress relacionado ao trabalho: das palavras à ação. In **III Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho**, 2003, Porto Alegre. Porto Alegre.

- Limongi-França, A. C. (2003). Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas na sociedade pós-industrial. In **III Congresso de Stress da ISMA-BR, V. Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho**, 2003, Porto Alegre. Porto Alegre.
- Machado, M. H. (1997). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Machado, M. H. (Org.) (1975). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Martins, A. L. N. (1990). Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. **Bol. de Psiqu.**, 2 (22-23), 9-15. São Paulo.1990.
- Martinez, J. C.A. (1997) Aspectos Epidemiológicos Del Síndrome de Burnout em Personal Sanitário. **Revista Espanhola de Salud Publica**, v. 71, n. 3.
- Marx, K. (1996). Para uma crítica da economia política do capital. São Paulo: Nova Cultura.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experience *Burnout*. **Journal of Occupational Behavior**, 2, 99-113.
- Maslach, C & Leiter, M P. (1999). **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papyrus.
- Maslach C., Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal**
- Maslach, C.; Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job *Burnout*. **Annual Review of Psychology**, 52, 397-422.
- Meleiro A.M.A.S.(1999). **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial
- Mendes, R. (2003). **Patologia do trabalhador**. 2ed. São Paulo: Atheneu.
- Mendes, F. M. P. (2002). **Incidência de *Burnout* em Professores das Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Tuiuti do Paraná**. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Florianópolis.
- Messias, I. A. (1999). **O Ambiente de trabalho e Sintomas de um grupo de fisioterapeutas da Cidade de São Paulo**. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo.
- Minayo, M. C. S. (1996). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.1996.
- Mello Filho, J. (1992). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed.
- Nogueira-Martins, M. C. F. (1998). O exercício atual da medicina e a relação médico-paciente. **Rev Bras Clin Terap.**, 24 (2), 59-64.
- Nogueira-Martins, L. A. (2002). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In N. J. Botega (Org.) **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. (pp.56-68). Porto Alegre: Artmed.
- Parsons T (1951). **The Social System**. The Free Press, New York.

- Peiro, J. M. (1996). *Desencadeantes Del estres laboral*. Madrid: Eudema, 1993.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). ***Burnout***: from tedium to personal growth. New York: The Free Press.
- Pinheiro, F. A.; Troccoli, B. T. & Paz, M. G. T. (2002). Aspectos psicossociais dos distúrbios osteomusculares In A. M. Mendes, L. O. Borges & M. C. Ferreira (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. (pp 65-85). Brasília:.
- Pitta, A. (1999). **Hospital** – Dor e Morte como ofício. 4 ed. São Paulo: Ed. Hucitec.
- Pires, D. (1998). **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social- CUT.
- Ramirez A.; Graham, J.; Richards, M. A. et al. (1995). *Burnout* and psychiatric disorder among cancer clinicians. **British Journal of cancer**, **71**, 1263-1269.
- Remen, N. (1993). **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus.
- Rich, C. & Pitts, E. (1980). Suicide by psychiatrists: a study of medical specialialists among 18.730 consecutive physician deaths during a fie year period, 1967-72. **Journal of Clinic Psychiatry**, **41**, 261-263
- Richings, J.C.; Khara, G.S. & McDowell,M. (1986) Physician suicide in North Carolina. **British Journal of Psychiatry**, **149**,475-478.
- Schaufeli, B. W. & Buunk, P. B. (2003). *Burnout*: an overview of 25 years of research and theorizing. In: M. J. Schabracq, J. A. M. Winnusbst & C. L. Cooper (Eds.). **The handbook of work and health psychology**. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Seligmann-Silva, E. (1994). **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro:UFRJ/Cortez.
- Seisdedos,N. (1997). **Manual Del MBI**. Madrid: Departamento de ID TEA Ediciones S.A.
- Schein, E. H. (1982). **Psicologia Organizacional**. Rio de Janeiro: Prentice- Hall do Brasil.
- Simonton, C.; Matthews, S. & Greighton, J. L. (1997). **Com a vida de novo**: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus.
- Silva, E. S. (1992). A inter-relação trabalho-saúde mental: um estudo de caso. **Revista de Administração de empresas, São Paulo**, **4** (32), 70-90.
- Silva, E. (1994). **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Corte.
- Silva, F. P. P. (2000). *Burnout*: Um desafio a Saúde do Trabalhador. **Psi**, **2** (1),.
- Smith, S. (2001). Why are doctors so unhappy? **BMJ** **2001**, **322**, 1073-1074.
- Soibelman, M., Bolsi, D. C., Fricke, D. (1998). Mortalidade entre médicos. In F. M. Agosto; R. Peixoto & R. Bordin **Riscos da prática médica**. Porto Alegre: Dacasa Editora.
- Tamayo, M. R. & Troccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, **7** (1), 37-46.

- Tamayo, A. (2004). **Cultura e Saúde nas Organizações**. Porto Alegre: Artemed.
- Trelha, C. S.; Gutierrez, P. R. & Matsuo, T. (2004). Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em fisioterapeutas da cidade de Londrina. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, 11 (1).
- Tucunduva, L.T.C.M., Garcia, A. P., Prudente, F.V.B., Centrofani, G., Souza, C.M., Delgiglio, A. et al. (2006). A síndrome da estafa profissional dos médicos cancerologistas brasileiros. **Rev. Assoc. Medica Brasileira**; 52(2): 108-12.
- Vega, E.D. & Urdaniz, A.P.(1997). **El síndrome de Burnout em el médico**. Madrid: Smithkline e Beecham
- Volich, R. M. (2000). **Psicossomática**: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Whippen, D. A. & Canellos, G. P. (1991). *Burnout* syndrome in the practice of oncology:results of a random survey of 1000 oncologists. **J.clin Oncol.**, 9 (10), 1916-1920.
- Zimmermann, C. H.(1999) **O “Burnout” e a equipe de enfermagem de uma UTI**. Monografia (Curso de graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba

ANEXO A

Informações sobre a Pesquisa

Título ***A Síndrome de Burnout em médicos oncologistas da cidade de Fortaleza: um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho***

Objetivo do estudo:

Caracterizar a incidência de *Burnout* em médicos oncologistas de uma organização hospitalar.

Por que o estudo está sendo realizado?

É importante que profissionais da área da saúde verifiquem como se caracteriza a síndrome de *Burnout* em médicos oncologistas da cidade de Fortaleza e como esses profissionais, em processo de estresse laboral crônico, entram em *Burnout* desenvolvendo sintomas distintos que interferem em seu trabalho, saúde e qualidade de vida pessoal.

Como será realizado o estudo?

Com médicos do Hospital do Câncer oncologistas que desempenham suas atividades em organização hospitalar serão convidados a participar, respondendo o inventário.

Existem riscos? Quais são os benefícios?

Não existe risco ou dano. Os resultados desta pesquisa poderão trazer benefícios para a caracterização da síndrome de *Burnout*, permitindo o estabelecimento de ações na esfera preventiva e interventiva da síndrome e facilitará a comunicação de resultados de futuros tratamentos entre pesquisadores deste e de outros países.

Quem terá acesso às informações?

As informações serão confidenciais. A identificação será feita por um código de letras e números.

Quais serão as compensações?

Não haverá nenhum tipo de compensação financeira ou funcional. A participação é voluntária. Você receberá o resultado da avaliação do questionário após o término da pesquisa.

Como será a participação no estudo?

Respondendo ao protocolo.

A quem devo me dirigir para maiores informações sobre a pesquisa?

Ao pesquisador, podendo ser contatado para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa.

Pesquisador responsável:

Josiane Vasconcelos Rodrigues - Psicóloga - CRP 11/0901

jovasc@secrel.com.br Fone: 0 xx85- 3224-1954

ANEXO B

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Titulo- A Síndrome de Burnout em médicos oncologistas da cidade de Fortaleza: um estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho

Caro(a) Médico(a)

Estou lhe escrevendo para convidá-lo(a) a participar de um projeto de pesquisa que avalia as características da síndrome de *Burnout* em médicos oncologistas na cidade de Fortaleza. Um grande número de profissionais que desenvolve atividades em contato direto com seus pacientes nas organizações de serviços apresenta sintomas da síndrome de *Burnout*. Essa síndrome é considerada uma experiência individual específica do contexto do trabalho assistencial e, para o médico(a), esse tipo de assistência é dificultada por fatores distintos ligados ao próprio médico(a), às condições de trabalho nas organizações de saúde, às características da organização do trabalho médico e às características sociais da profissão. Recentemente, pesquisadores e outros profissionais da área da saúde estão estudando várias formas para caracterizar efeitos destas doenças na vida do dia-a-dia do profissional. Isto inclui os efeitos da doença e de seu tratamento.

Todas as informações fornecidas serão confidenciais e você será identificado apenas por um código de letras e números. Peço que leia com atenção a folha que contém as informações detalhadas sobre a pesquisa e se estiver de acordo em participar, dê-me o seu consentimento, assinando esta folha.

Obrigada,

Josiane Vasconcelos Rodrigues(Pesquisador responsável)

Assinatura do médico(a):

Assinatura do Pesquisador:

Instituição:

ANEXO C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende as exigências legais, o Sr.(a) _____

_____,
portador(a) da cédula de identidade _____,

após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o participante pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força do sigilo profissional.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

ANEXO D

- Questionário de dados sócio-demográficos

DADOS PESSOAIS:

Nome : _____

Sexo: M[], F[] Idade: _____ anos

Relações Pessoais: Com companheira(o) fixa(o)[]

Sem companheiro(a) fixa(o)[]

Filho(s) Sim[], Não[], quantos? _____

DADOS PROFISSIONAIS:

Ano da formatura: _____

Organização em que trabalha: Hospital público [],

Hospital público e Consultório particular []

Situação de trabalho: Temporário[], Contrato da Fundação [], Funcionário Público []

Total de horas semanais (aproximadamente) dedicadas ao trabalho: _____h

Titulação: Graduação [], Especialização [], Mestrado [], Doutorado []

ASSUNTOS PESSOAIS:

Há quanto tempo teve suas últimas férias? _____

O que gosta de fazer em seu tempo livre? _____

O que é ócio para você? _____

Acredita que sua atividade profissional interfere em sua vida pessoal?

Sim[], Não[]

Pratica exercícios ou esportes? Sim[], Não[]

de que tipo? _____

com que freqüência? _____

Você considera que possui qualidade de vida? _____

APÊNDICES

APÊNDICE A**Questionário *Maslach Burnout Inventory*****Maslach *Burnout Inventory* (MBI - HSS, 1986)**

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

0 . nunca

1 - Uma vez ao ano ou menos

2 - Uma vez ao mês ou menos

3 - Algumas vezes ao mês

4 - Uma vez por semana

5 - Algumas vezes por semana

6 - Todos os dias .

Nº

Questões

Pont

1. Sinto-me esgotado/a emocionalmente por meu trabalho.
2. Sinto-me cansado/a ao final de um dia de trabalho.
3. Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado/a.
4. Posso entender com facilidade o que sentem meus pacientes.
5. Creio que trato alguns pacientes como se fossem objetos impessoais.
6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.
7. Lido de forma eficaz com os problemas dos pacientes.
8. Meu trabalho deixa-me exausto/a.
9. Sinto que influencio positivamente a vida de outros através do meu trabalho.

10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.
11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja-me endurecendo emocionalmente.
12. Sinto-me com muita vitalidade.
13. Sinto-me frustrado/a em meu trabalho.
14. Sinto que estou trabalhando em demasia.
15. Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns pacientes que atendo.
16. Trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse.
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para os meus pacientes.
18. Sinto-me estimulado/a depois de trabalhar em contato com os pacientes.
19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.
20. Sinto que atingi o limite de minhas possibilidades.
21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.
22. Sinto que os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas.

APENDICE B

SINTOMATOLOGIA DE *BURNOUT*

| | |
|---|---|
| <p>ASPECTOS FÍSICOS</p> <p>Fadiga constante e progressiva</p> <p>Distúrbios do sono</p> <p>Dores musculares ou osteomusculares</p> <p>Cefaléias, enxaquecas</p> <p>Perturbações gastrintestinais</p> <p>Imunodeficiências</p> <p>Transtornos cardiovasculares</p> <p>Distúrbios respiratórios</p> <p>Disfunções sexuais</p> <p>Alterações menstruais</p> | <p>ASPECTOS COMPORTAMENTAIS</p> <p>Negligência ou excesso de escrúpulos</p> <p>Irritabilidade</p> <p>Incremento da agressividade</p> <p>Incapacidade para relaxar</p> <p>Dificuldade na aceitação de mudanças</p> <p>Perda de iniciativa</p> <p>Aumento do consumo de substâncias</p> <p>Comportamento de alto risco</p> <p>Suicídio</p> |
| <p>ASPECTOS PSÍQUICOS</p> <p>Falta de atenção e concentração</p> <p>Alterações de memória</p> <p>Lentidão do pensamento</p> <p>Sentimento de alienação</p> <p>Sentimento de solidão</p> <p>Impaciência</p> <p>Sentimento de insuficiência</p> <p>Redução da auto-estima</p> <p>Labilidade emocional</p> <p>Dificuldade de auto-aceitação</p> <p>Astenia, desânimo, disforia, depressão</p> <p>Desconfiança, paranóia</p> | <p>ASPECTOS DEFENSIVOS</p> <p>Tendências ao isolamento</p> <p>Sentimento de onipotência</p> <p>Perda do interesse pelo trabalho ou lazer</p> <p>Absenteísmo</p> <p>Ironia, cinismo</p> |